Nr. 27. 1 lipca 1928. Rok VII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. TYSZKA Kazimierz, Lwów.
Dr. TUMIDAJSKI Julian, asystenci kliniki.

O t. zw. przepuklinie śródpiersiowej (Hernia mediastinalis) w przebiegu sztucznej odmy piersiowej.

Z II-ej kliniki chorób wewnętrznych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Roman Rencki.

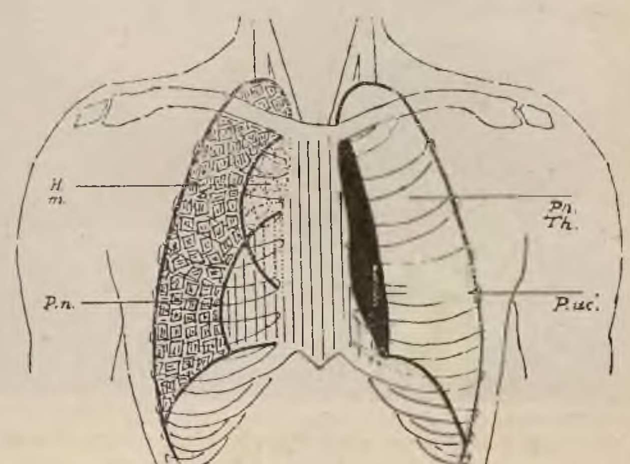
Wprowadzenie badań radjoskopowych klatki piersiowej osobników zdrowych lub chorych zezwala nam obserwować ściśle i bezpośrednio ruchy klatki piersiowej i narządów w niej zawartych. Jedne z tych ruchów, jak skurcz serca, obniżanie przepony przy wdechu — są ruchami czynnemi, własnemi, zależnemi od czynności normalnej narządów. Inne zaś ruchy są bierne, uzależnione czynnością fizjologiczną lub patologiczną narządów sąsiednich. Podczas leczenia sztuczną odmą piersiową można też spostrzegać podobne ruchy bierne: są to przemieszczenia serca, albo też przemieszczenia całego śródpiersia, niekiedy zaś spostrzegamy t. zw. ruch paradoksalny przepony Kienböcka. Przemieszczenie serca szczególnie wybitnie bywa zaznaczone w sztucznej odmie piersiowej lewostronnej, przy której spotykamy często nawet znacznego stopnia dextrocardję. Przy przemieszczeniu całego śródpiersia to ostatnie jest przepchane na stronę przeciwną odmie, co przy odmie lewostronnej jest niekiedy tak wybitnie zaznaczone, że cień śródpiersia przekracza cień środkowy mostka i kręgosłupa tak znacznie, że między tym ostatnim a konturem lewym serca występuje w obrazie rentgenowskim wyraźne wyjaśnienie. Oprócz tego przemieszczenia niekiedy są wyraźnie widoczne ruchy śródpiersia, polegające na jego przyciąganiu przez stronę, zajętą odmą przy każdym wdechu. Podobne przemieszczenia wdechowe śródpiersia ku stronie chorej spotyka się oprócz przypadków odmy piersiowej również przy zwężeniu jednostronnem oskrzela i w zwłóknieniach jednego płuca. Te przemieszczenia cdechowe śródpiersia przy leczeniu odmą piersiową tłumaczy się w ten sposób (Rist), że po stronie odmowej mamy jamę, wypełnioną gazem, której pojemność zwiększa się podczas wdechu, wskutek czego ciśnienie w tej jamie obniża się wtedy znacznie (gdyż niema ona łączności z powietrzem atmosferycznem). Śródpiersie ruchome przemieszcza się naturalnie od strony, gdzie ciśnienie zmniejsza się mało, ku stronie, po której ciśnienie to zmniejsza się więcej, a więc ku stronie zajętej odmą.

Przy powikłaniu odmy wysiękiem opłucnowym *(hydropneumothorax)*, możemy obserwować t. zw. ruch paradoksalny przepony Kienböcka (1898 r.), polegający na tem, że poziom płynu podczas wdechu obniża się, co jest przeciwne ruchom przepony po stronie zdrowej. Wellmann pierwszy zaobserwował (1911), że objawowi Kienböcka towarzyszy zawsze przemieszczenie wdechowe śródpiersia ku stronie, zajętej odmą, co tłumaczy nam powstawanie tego objawu. Powyżej opisane przemieszczenia tak serca jak i całego śródpiersia są już dawno znane. W ostatnich jednak latach zwrócono dopiero uwagę w przypadkach sztucznej odmy piersiowej na obecność przy prześwietlaniu klatki piersiowej po stronie zdrowej ograniczonego, a wklęsłością swą zwróconego ku śródpiersiu wypuklenia, wydęcia, którego jasność wyraźnie się zaznacza w porównaniu z sąsiednim rysunkiem naczyniowym płuca zdrowego. Kontury wydęcia tego utworzone są przez rozciągnięte przednie odcinki obu blaszek opłucnej śródpiersiowej i przez luźną w tem miejscu tkankę łączną śródpiersia. Zawartość powyższego wypuklenia, wydęcia stanowi gaz, względnie powietrze, zastosowane przy odmie, a wypuklające śródpiersie ku zdrowej stronie klatki piersiowej. Wydęcie to po raz pierwszy opisane przed kilku laty przez Brauera, następnie przez Stivelmanna i Rosenblatta, a później przez Sayago, nazwano *hernia mediastinalis*. Nazwa ta niezbyt słuszna (Abrahamowicz), bo większą rolę niż śródpiersie odgrywają tutaj przednie odcinki obu blaszek opłucnej śródpiersiowej, które tworząc wypuklenie — wciskają się w tkankę nieszczelną przedniego śródpiersia, zwłaszcza, że z wiekiem w miarę zanikania grasicy powstaje szczelina między przedniem śródpiersiem a grasicą.

W klinice lwowskiej obserwowaliśmy siedem podobnych przypadków t. zw. przepukliny śródpiersiowej. Jedna z nich, (Ryc. 1 i 2), wystąpiła u chorego lat 20, któremu 19. X. 1927, założono sztuczną odmę piersiową lewostronną. Następne uzupełnienia odmy 21-ego, 26-ego, 30-go października, 8-ego, 16-ego, listopada; 27. XI. siódme dopełnienie odmy: wprowadzono 1200 cm^3 powietrza przy ciśnieniu początkowem —2—7, końcowem +7+9. Następnego dnia po dokonanej insuflacji przy kontrolnem prześwietlaniu klatki piersiowej okazało się, że płuco uci-



Ryc. 1. Sztuczna odmia piersiowa lewostronna. Po stronie prawej widać wypukloną przepuklinę śródpiersiową.



Ryc. 2. Ten sam przypadek, co na ryc. 1, tylko przedstawiony schematycznie. — Pn. Th. — pneumothorax, P. uć. — płuco lewe uciśnięte, P. n. — płuco normalne prawe, H. m. — hernia mediastinalis.

śnięte od strony zewnętrznej jak i wewnętrznej przedstawia się w postaci pasma, przymocowanego zrostami u góry w szczycie i z dołu do przepony. Po stronie prawej zaś widzimy na wysokości tętnicy płucnej retrosternalnie przed dużemi naczyniami łukowato ograniczone miejsce, bardziej przejrzyste w porównaniu

z sąsiednim rysunkiem naczyniowym płuca zdrowego. Przy bocznem prześwietlaniu widać serce i wielkie naczynia, oddzielone gazem od przedniej ściany klatki piersiowej. Przy prześwietleniu tylnoprzedniem wypuklenie to znacznie zmniejsza się przy wdechu, natomiast przy wydechu wybitnie powiększa się.

Zupełnie podobna przepuklina śródpiersiowa prawostronna wystąpiła w drugim przypadku odmy lewostronnej u chorej lat 23 po ósmem dopełnieniu 1.300 cm³ powietrza przy ciśnieniu początkowem —4—1, a końcowem +2+4.

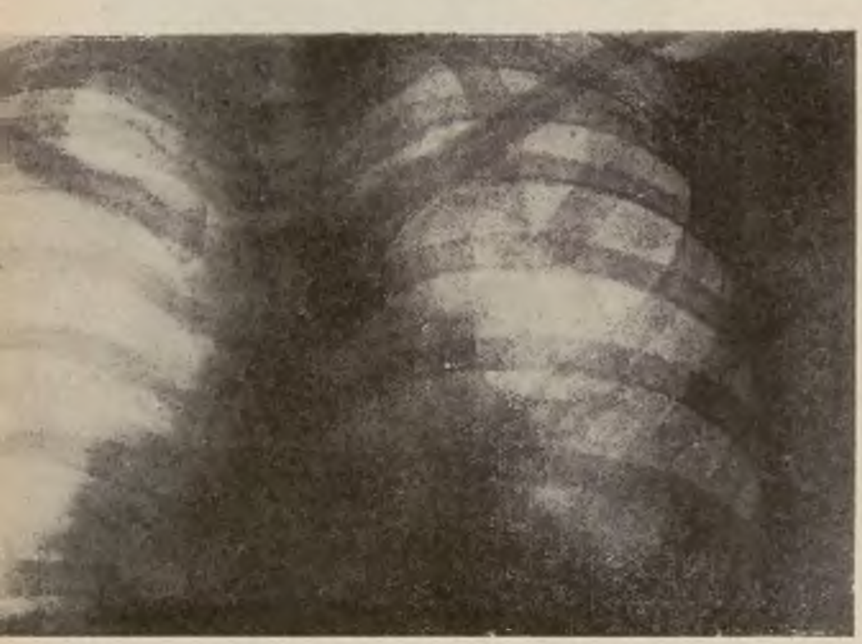
Trzeci przypadek dotyczy odmy prawostronnej, gdzie wystąpiła przepuklina śródpiersiowa lewostronna u chorej lat 19, której po raz pierwszy założono odmę prawostronną dnia 30. XII. 1927. Następne dopełnienie 7. I., 17. I., 23. I. i 30. I. wprowadzono 1000 cm³ powietrza; ciśnienie przed zabiegiem —4—5, po zabiegu +2+3.

Po ostatnim zabiegu ból głowy, uczucie ucisku w klatce piersiowej znacznie silniejsze, niż po poprzednich odmach. Wieczorem odma podskórna. Wystąpiło przyśpieszenie się tętna przy wdechu, zwalnianie zaś przy wydechu. Temperatura 37.3 1/II, badanie rentgenologiczne wykazało obecność przepukliny śródpiersiowej po stronie lewej. Ból głowy utrzymuje się. Następnego dnia samopoczucie chorej dobre. Stan bezgorączkowy.

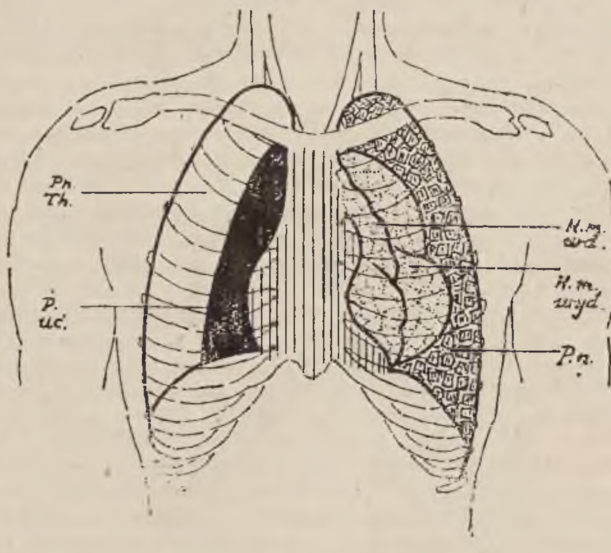
Nie będę opisywał szczegółowo trzech dalszych przypadków, zaznaczę jedynie, że wszystkie trzy wystąpiły przy sztucznej odmie piersiowej lewostronnej (jedna chora i dwóch chorych). Zaznaczyć jedynie należy, że u jednego z tych chorych prześwietlenie kontrolne klatki piersiowej przed dopełnieniem (ostatnie dopełnienie przed miesiącem) wykazało t. zw. przepuklinę wśródpiersiową. Po wprowadzeniu igły do jamy opłucnowej ciśnienie ujemne —2, —10; po wprowadzeniu 1000 ccm powietrza do jamy opłucnowej (ciśnienie końcowe —3, +1) przepuklina powyższa znacznie zwiększyła się, przyczem wystąpiła wybitna różnica między wdechem i wydechem.



Ryc. 3. Przypadek 7-my. Sztuczna odma piersiowa prawostronna. Po stronie lewej widoczna wyraźnie przepuklina śródpiersiowa przy wdechu.



Ryc. 4. Ten sam przypadek, ale przy wydechu, przy którym przepuklina wypukla się znacznie wybitniej.



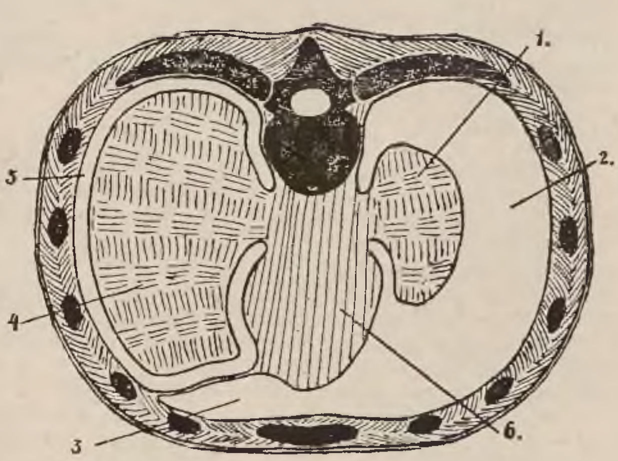
Ryc. 5. Ten sam przypadek, przedstawiony schematycznie. *Pn. Th.* — pneumothorax, *p. uć.* — płuco prawe uciśnięte, *H. m. wd.* — przepuklina śródpiersiowa przy wdechu, *H. m. wyd.* — przepuklina śródpiersiowa przy wydechu, *P. n.* — płuco lewe norm.

Siódmy nasz przypadek (Ryc. 3, 4 i 5) dotyczy chorej z założoną sztuczną odmą piersiową prawostronną. Przy prześwietlaniu klatki piersiowej przed jednem z dopełnień (5. III. 1928 r.) wyraźnie zarysowująca się przepuklina po stronie lewej. Po wbiciu igły do jamy opłucnowej ciśnienie tamże ujemne (—8, —4); dopełniono 700 ccm powietrza, ciśnienie końcowe —3; 0. Przy prześwietleniu klatki piersiowej po odmie nadzwyczaj wyraźnie zarysowująca się przepuklina, przyczem — jak widzimy z powyższych rycin — wystąpiła znaczna różnica w wielkości przepukliny przy wdechu (Ryc. 3), a wydechu (ryc. 4), przy którym znacznie wybitniej ona wystąpiła, co uwidocznione jest również na szemacie

(ryc. 5). Na ryc. 4-tej — przy wydechu — widać oprócz tego wyraźnie przedzielenie przepukliny tej zrostem na dwie części.

Przechodząc do omówienia powyższych t. zw. przepuklin śródpiersiowych to — jak to dowiodły badania Nietsch'a jeszcze w 1911 r. na zwłokach — są dwa t. zw. słabe miejsca w śródpiersiu, które pod wpływem wzmożonego ciśnienia mogą wypuklać się na stronę przeciwną. Pierwsze jest to miejsce przedniego śródpiersia, znajduje się ono retrosternalnie z przodu na wysokości od I-go do III-ego żebra. Miejsce to jest utworzone przez przednie odcinki obu blaszek opłucnej śródpiersiowej, przez luźną w tem miejscu tkankę łączną, a w niektórych przypadkach przez resztki grasicy.

W miejscach tych tworzą się uchyłki przednich odcinków opłucnej śródpiersiowej, prawie stykające się ze sobą w linji środkowej, gdyż przedziela je w tym punkcie jedynie wiotka tkanka łączna. Wedle badań Nietsch'a prawy uchyłek jest nieco większy i przekracza nawet linję środkową ciała. Według tego zdawałoby się, że przepuklina śródpiersiowa winna łatwiej powstawać przy odmie prawostronnej, czego jednak stwierdzić nie można, a nawet przeciwnie — sądząc z naszych przypadków częściej zdarza się przy odmie lewostronnej (na 7 przypadków przepukliny śródpiersiowej wystąpiła ona w 5 przypadkach odmy lewostronnej), co zgadza się ze statystyką niektórych innych autorów. Jeżeli teraz w jednej z jam opłucnowych będzie gaz miał ciśnienie nieco większe, wtedy ten przedni uchyłek opłucnowy śródpiersiowy łatwo może się wydąć i przesunąć na stronę przeciwną, zdrową. Wtedy właśnie przy prześwietlaniu widzimy — jak w naszych przypadkach — wyraźne wypuklenie retrosternalne przed wielkiemi naczyniami, jasne, ostro odgraniczające się od sąsiedniego płuca o normalnym rysunku naczyniowym. Poniżej podajemy za Sayago przekrój poprzeczny klatki piersiowej (ryc. 6), , na którym widzimy po stronie lewej płuco uciśnięte

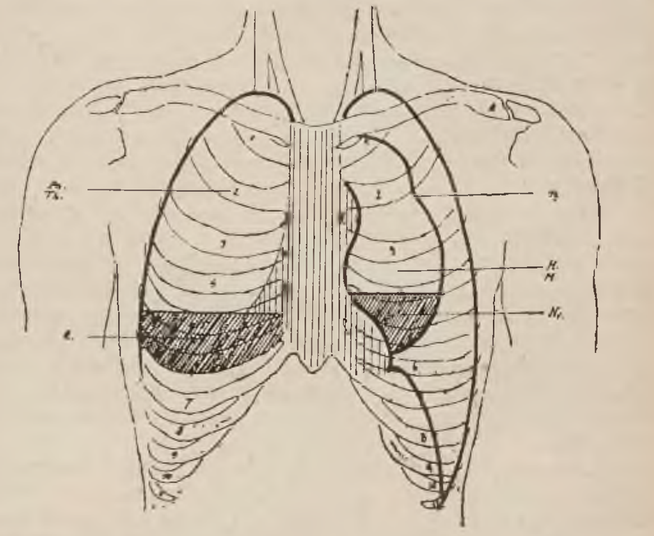


Ryc. 6. 1 — płuco lewe uciśnięte, 2 — lewa jama opłucnowa, zajęta wprowadzonem powietrzem, 3 — hernia mediastinalis, 4 — prawe płuco prawidłowe, 5 — prawa jama opłucnowa, 6 — śródpiersie.

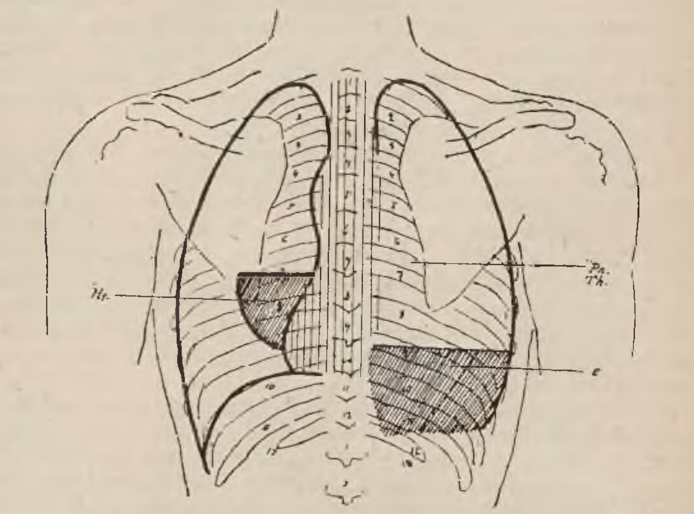
przez sztuczną odmę piersiową. Z przodu i z tyłu poza mostkiem, a przed sercem widzimy rozciągnięty powietrzem z jamy opłucnowej lewej uchyłek, przepchany na stronę przeciwną, tworząc w ten sposób przepuklinę śródpiersiową prawostronną.

Drugie podobne słabe miejsce znajduje się przykręgowo, w dolnej części śródpiersia tylnego, pomiędzy sercem i kręgosłupem. Znany objaw Grocco'a występujący przy wysiękowem zapaleniu opłucnej zwłaszcza u dzieci, a polegający na wystąpieniu strefy stłumienia przykręgowo u podstawy klatki piersiowej po stronie przeciwnej wysięku potwierdza właśnie istnienie słabego punktu w dolnej części śródpiersia tylnego.

Bardzo charakterystyczny jest podany poraz pierwszy przez Brauera przypadek przepukliny śródpiersiowej przy powikłaniu odmy wysiękiem opłucnowym *(seropneumothorax artif)*. Zupełnie podobny obraz wystąpił w naszym ostatnim siódmym przypadku (rys. 3, 4 i 5). Przy zgłoszeniu się chorej tej do następnego dopełnienia 16. IV. 1928 (ostatnie dopełnienie 5. III. 1928 r.) stwierdzono wysięk opłucnowy po stronie prawej *(seropneumothorax art. dextr.)*; przy prześwietlaniu klatki piersiowej widać równocześnie (ryc. 7-ma i 8-ma) nieco płynu w wypuklonej na stronę zdrową przepuklinie. 16. IV. 1928 r. dopełnienie 1400 ccm. powietrza, ciśnienie początkowe —7, —9, końcowe —1, +1. Po dopełnieniu odmy ilość płynu w wypuklonej na stronę zdrową przepuklinie zwiększyła się, zwłaszcza po odpowiedniem ułożeniu chorego. W podobnych przypadkach przez odpowiednie ułożenie lub skręcenie chorego możemy spostrzegać przy prześwietlaniu przedostawanie się płynu do worka przepuklinowego lub też z powrotem do jamy opłucnowej. Również Oekonomopoulo opisuje przypadek, w którym przepuklina śródpiersiowa wystą-



Ryc. 7. Przypadek 7-my. Klatka piersiwa z przodu. Odma piers. prawostronna z wysiękiem (seropneumothorax art. dex.). Po stronie lewej hermia mediastinalis, a w niej widoczny płyn. *Pn. Th.* — przestrzeń zajęta odmą; *e* — wysięk; *H. m.* — hernia mediastinalis; H_1 — wysięk w przepuklinie.



Ryc. 8. Ten sam przypadek, co na ryc. 7, klatka piersiowa od tyłu.

piła w górnym „słabym" punkcie śródpiersia przy samoistnej lewostronnej odmie z wysiękiem. W dalszym przebiegu schorzenia wystąpił w przepuklinie tej wysięk („Tochterexudat"), w której poziom płynu był wyższy, niż po stronie zajętej odmą.

O tem, że przepukliny, występujące w t. zw. górnym punkcie słabym znajdują się retrosteralnie przed wielkiemi naczyniami i sercem łatwo można się przekonać przy bocznem prześwietlaniu, gdyż wtedy serce i naczynia widać oddzielone od przedniej ściany klatki piersiowej nieraz na odległość szerokości dłoni. Bardzo też jest charakterystyczny objaw zwiększania się tego wyjaśnienia w prześwietleniu tylno-przednim przy wydechu. (Ryc. 4), a zmniejszania się podczas wdechu (Ryc. 3), co wyraźnie świadczy o łączności przepukliny tej z przestrzenią, zajętą sztuczną odmą piersiową.

Warunkiem niezbędnym do utworzenia się przepukliny zdają się być niezmienione chorobowo blaszki opłucnej, brak zmian zapalnych w tem miejscu, gdyż wtedy jedynie zostaje zachowana ruchomość i przesuwalność tego słabego miejsca podatnego. Przez powstanie przepukliny organizm stara się wyrównać istniejące różnice ciśnień w obu jamach opłucnowych. Należy podkreślić, że w powyższych słabych punktach śródpiersia może nastąpić też przepchanie zdrowego płuca na stronę chorą w przypadkach znacznie upośledzonej rozszerzalności płuc po jednej stronie. W tych przypadkach dominującą rolę odgrywa elastyczność płuca zdrowego, które przy rozciągliwem śródpiersiu dąży w ten sposób

do wyrównania ciśnienia pomiędzy lewą a prawą stroną klatki piersiowej, n. p., przy jednostronnych daleko posuniętych procesach zbliznowacenia lub jednostronnem zwężeniu oskrzela (najczęściej na tle nowotworowem), oprócz przemieszczenia narządów śródpiersia przychodzi do powstania wydęcia blaszek opłucnych w tych słabych miejscach śródpiersia, w których przepycha się płuco normalne ku stronie zajętej (Fleischner: „Ueberblähung"). Pojawia się wtedy we wogóle zaciemnionem polu tej strony w okolicy wnęki zajętego płuca jaśniejsza przestrzeń, która jest ograniczona ostrą łukowatą linją. W tych przypadkach boczne prześwietlenie — podobnież jak mieliśmy to przy odmie — pozwala stwierdzić odsunięcie serca i naczyń od przedniej ściany klatki piersiowej, co przemawia za przynależnością tej przestrzeni do zdrowego płuca. W odróżnieniu do zachowania się przepukliny śródpiersiowej przy odmie występuje tutaj większe wypuklanie się zdrowego płuca na stronę chorą przy wdechu, pomniejszenie zaś jego przy wydechu. Takie przemieszczenie zdrowego płuca na stronę chorą najlepiej stwierdzić można za pomocą prześwietlania kontrastowego przy użyciu lipjodolu (bronchografji): po wprowadzeniu do zdrowego głównego oskrzela lipjodolu wykazać można go po stronie przeciwnej, lub też po wprowadzeniu go do oskrzela chorego płuca, widać, że lipjodol nie wypełnia tego jaśniejszego wypuklenia.

Powracając do przepuklin śródpiersia przy sztucznej odmie piersiowej, to Dumarest i Brette znajdywali je w 17% przypadków przeważnie u osób młodych, mających założoną odmę lewostronną. Przepukliny te występowały u nich przeważnie wtedy, gdy płuco jeszcze nie było uciśnięte. Perona na 756 odm obserwował 5 przypadków powyższych przepuklin. Packard (1927 r.) na podstawie zebranych z piśmiennictwa 39 przypadków (w tem 9 własnych) dochodzi do wniosku, że ruchome śródpiersie i duża odma z ujemnem ciśnieniem ułatwiają powstawanie przepukliny w tym górnym słabym punkcie, gdyż na 39 przypadków w 34 tam właśnie wystąpiła hernia. Przepukliny te, gdy są dużych rozmiarów albo przy pęknięciu mogą zagrażać życiu. Znaczna ilość mniejszych przepuklin uchodzi przy zdjęciu, gdyż przy głębokim wdechu (przy jakim robi się zwykle zdjęcie) zmniejszają się przepukliny te znacznie.

Gasparini opisując dwa przypadki podnosi, że w jednym z nich przepuklina wystąpiła w górnym słabym punkcie przy ciśnieniu + 0. Przepuklina ta powiększyła się następnie, gdy powstał wysięk opłucnowej mimo wysokiego ujemnego ciśnienia. Cantieri (2 przyp.), Eber Durand, otrzymał przepuklinę przy ciśnieniu —4. Abrahamowitsch sądzi, że wypuklenia worka opłucnowego zdarzają się często w przebiegu zakładania odmy, a ich powstanie stoi często w związku z pewną słabością tkanek; uważa również niezmienioną opłucną jako ważny moment ułatwiający powstanie przepuklin.

Należy następnie podnieść, że przeważnie przy podobnych przepuklinach nie mamy zupełnie subjektywnych skarg ze strony chorego. Wynik badania fizykalnego — przysłuchowy jak i wypukowy — jest mało charakterystyczny: niektórzy podnoszą osłabienie pęcherzykowego oddechu na tem miejscu, jak również znikanie lub osłabienie drżenia głosowego i zniknięcie zupełne przytłumienia serca. W jednym z naszych przypadków wystąpił *pulsus paradoxus*, który znikł po 24 godzinach. Powyższe objawy objektywne są jednak bardzo nikłe i tylko badanie rentgenologiczne może wykazać podobną hernię; należy jeszcze dodać, że prześwietlanie — i to w skośnej albo bocznej projekcji — daje nam daleko lepsze wyniki, aniżeli zdjęcie rentgenologiczne.

Reasumując powyżej opisane przypadki należy podkreślić dość częste występowanie przepuklin śródpiersiowych: oberwowaliśmy je w 7 przypadkach na 50 przypadków, leczonych odmą, co stanowi 14%.

Przepukliny te wystąpiły wszystkie u osób młodych, mających założoną sztuczną odmę piersiową lewostronną (na 7 przepuklin w 5 przypadkach odma lewostronna). Ta większa częstość występowania przepukliny przy odmie lewostronnej, obserwowana w naszych przypadkach, była podkreślana już poprzednio przez Dumarest'a i Brette'a.

Następnie wystąpienie odmy nie jest w związku z ilością wprowadzonego powietrza ani też otrzymanego ciśnienia, gdyż — jak to zaznaczyliśmy w powyżej opisywanych przypadkach — można obserwować występowanie tych t. zw. przepuklin przy nawet dość znacznych ujemnych ciśnieniach (w naszych przypadkach przy —2, —10; w drugim przypadku —8, —4).

Przepukliny te występują — zdaje się — również często u mężczyzn jak i u kobiet (u nas u 3 mężczyzn i u 4 kobiet).

Wobec pewnego niebezpieczeństwa, jakie przedstawiają powyższe przepukliny należy w dalszem leczeniu odmą zachować większą ostrożność, a mianowicie możliwie przedłużać przerwy między odmami, jak również zmniejszyć ilość wprowadzanego powietrza.

Piśmiennictwo:

1) Dumarest, A. Brete. Rev. d. l. Tuberc. 1924, Nr. 3 2) Nitsch: Beitr. zur Kl. der Tub. 1911, Bd. 18. — 3) Carpi: Riv. sal. pneumot. ter. 1910, Nr. 11. — 4) Stivelmann, Rosenblatt: The Journ. of the Americ. med. Assoc. 1919, mai. — 5) Sayago: Rivista d. l. Univers. nat. de Cordiba, 1922. — 6) Rist: Soc. med. des Hôp. 19. XII. 1913. — 7) Durand: Rev. d. l. Tub., 1926, Nr. 3. — 8) Wellmann: D. Arch. f. Kl. Med., Bd. 103. — 9) Brauer i Spengler: Beitr. zur Klin. d. Tub., Bd. 19.

Dr. H. ZNAJEWSKA, ordynator. Warszawa.

Przyczynek do patogenezy ostrej białaczki limfatycznej.

Z oddziału wewn. I. Szpit. Okręgowego im. Marsz. Piłsudskiego. Starszy Ordynator ppułk.-Dr. T. Wrętowski.

W październiku 1927 r. spostrzegaliśmy przypadek ostrej białaczki limfatycznej z zejściem śmiertelnem.

Piorunujący przebieg schorzenia z wysuwaniem się na plan pierwszy objawów skazy krwotocznej, brak jakichkolwiek danych co do początku choroby w wywiadach, zmusił nas do dłuższego zastanowienia się nad tym przypadkiem.

Chodziło mianowicie nam o rozstrzygnięcie pytania, czy na wywołanie schorzenia lub na jego przebieg mógł wpływać zawód przez chorego wykonywany, o co niepokoił się sam chory i otaczająca go rodzina; pracował on bowiem około 20 lat jako technik laborant w pracowniach rentgenologicznych i często nie zachowywał wskazanych ostrożności. Starałam się zebrać odnośne dostępne mi piśmiennictwo, celem zestawienia odpowiednich przypadków i wysnucia pewnych wniosków.

Przystępuję do opisu samego przypadku.

Dnia 28. XI. 1927 r. zgłosił się na oddział K. L., lat 40, laborant rentgenologiczny. Przed 2 dniami wieczorem zauważył na śródręczu lewem w okolicy dużego palca siniec wielkości srebrnej dwuzłotówki; zastanowiło go to, gdyż nie pamiętał, aby uderzył się w rękę. Na drugi dzień, była to niedziela, czuł się niewyraźnie, dłużej nieco leżał w łóżku, niż zwykle. Tegoż dnia, oddając mocz, zauważył, że jest on barwy krwisto-brunatnej z dużym osadem, pozatem wystąpiło lekkie krwawienie z dziąseł. W poniedziałek przyszedł mimo to do pracy, a około godziny 11-ej, zgłosił się na oddział z prośbą o zbadanie.

Od dwóch tygodni miewał zawroty głowy, szum w uszach, czasem silne bóle głowy, pracował jednak jak zwykle. Nigdy poważniej nie chorował. Przed 1½ rokiem dokuczały mu silne bóle głowy, z powodu tych dolegliwości miał robione badanie moczu i mocznika we krwi; żadnych zmian chorobowych wówczas nie stwierdzono.

Apetyt dobry, stolce normalne, mocz oddawał dotąd prawidłowo. Rodzina zdrowa. Dziadek podobno zmarł nagle. Od 20-tu lat pracuje w pracowniach rentgenologicznych. W ostatnich czasach miał większą styczność z cjankami przy utrwalaniu klisz.

Stan obecny: Prawidłowo zbudowany, odżywiony średnio stan podgorączkowy. Głowa, czaszka, nerwy czaszkowe bez zmian, lekki obrzęk pod oczyma, „foetor ex ore", górna szczęka bezzębna, błona śluzowa na niej nieco obrzękła, pokryta licznemi wybroczynami i pęcherzykami podbiegniętemi krwią, na dolnej szczęce wybroczyny, krwawienia z pod zębów. Gruczoły limfatyczne nigdzie niemacalne, tarczyca w normie. Skóra sucha. Na obu ramionach, na powierzchniach zewnętrznych w ⅓ wysokości mniej więcej symetryczne duże sińce, wielkości 3 × 4 cm. Mniejsze wynaczynienie na skórze podżebrza lewego, znikający siniec na śródręczu lewem, świeży na podudziu prawem, pozatem parę małych wybroczyn na udach i klatce piersiowej.

Klatka piersiowa normalnie wysklepiona, dołki nad i podobojczykowe słabo zaznaczone. Wypuk na całej przestrzeni jawny, oddech pęcherzykowy. Serce: granice prawidłowe, tony głuche, tętno 68 miarowe, dobrze wypełnione i napięte. Ciśnienie krwi 140/70. (Pachon).

Jama brzuszna, powłoki prawidłowo wysklepione; wątroba, śledziona niemacalne, wypukowo niepowiększone; uderzenie po prawym brzegu żeber przymostkowo bezbolesne, w okolicy nerek pewna bolesność większa po stronie prawej, opukiwanie kości długich bólu nie sprawia.

Odruchy kostne i ścięgnowe w normie.

Mocz barwy brunatno-krwawej, Cg — 1018, kwaśny, białko 0,9‰, obfity osad krwisty, próba benzydynowa wybitnie dodatnia. Mikroskopowo całe pola zasłane świeżemi krwinkami, nieliczne wyługowane. Badanie morfolog. krwi: Hg. — 87%, ciałek czerwonych 3,600.000, wskaźnik barwikowy — 1,16, ciałek białych 12.600, w preparacie zróżnicowanym, barwionym met. Pappenheima znaleziono: obojętnochłonnych, wielojądrz. 12%, młodych 3%, eozynochłonnych 1%, limfocyów dużych 3%, małych 4%, patologicznie zmienionych, komórek macierzystych limfoidalnych (limfoblastów) 77% (duże twory z dużem jądrem zawierającem jąderka). Płytek Bizzozero na preparatach barwionych niema, obliczane met. Fonia nieobecne. Oporność krwinek po 6-ciu godz. H_1—0,45%, H_2 — 0,3%, H_3 — 0,2%, szybkość opadania 193'. Czas krzepnięcia 4,5', długość krwawienia 18—21'. Objaw opaskowy ++++, Wassermann ujemny. Odczyn na krew utajoną w kale wybitnie dodatni. Mocznika we krwi 49 mg na 100 cm³ surowicy.

Wobec wyniku badań ustalono rozpoznanie z łaskawym udziałem p. docenta Kleina: *początkowy okres białaczki limfatycznej*, (zaczem przemawiały preparaty barwione), *z krwotocznością małopłytkową*.

30. IX. Nowe niewielkie wybroczyny na skórze klatki piersiowej i kończynie prawej dolnej, dawne przybierają zabarwienie fioletowo-żółtawe, z dziąseł stałe, niewielkie krwawienie, silniejsze bóle w okolicach nerek, stan gorączkowy, ponad 38°, samopoczucie gorsze; serce: tony głuche, tętno 82, ciśnienie krwi znacznie spadło — 105/70. Śledziona nie powiększona, niemacalna, gruczoły limfatyczne niepowiększone, bolesności wzdłuż kości długich nie stwierdza się. Po południu silny ból głowy. Moczu ilość dobowa — 400, mocz krwawy, białko 1,1‰, osad obfity, mikroskopowo *same krwinki*.

Badanie krwi morfolog: Hg. — 87%, ciałek czerwonych 3,100.000, wskaźnik 1,4, *ciałek białych 44.000*, wzór leukocytowy: obojęt. wielojąd. — 6%, młodych — 1%, limfoblastów — 89%, limfocytów małych — 4%.

1. XII. Ciepłota 37,8°, nowych wybroczyn niema, samopoczucie gorsze, znaczne osłabienie; z dziąseł krwawienie zwiększa się, tętno 90, słabo napięte, silny krwiomocz; po południu ostro wystąpił silny ból głowy, płatki przed oczami, skąpe wymioty, krwawe, po paru minutach chory stracił mowę, a następnie przytomność, tętno 48, źrenice nierówne, nie reagują. Agonja trwała 1½ godziny. Badanie krwi na 2 godziny przed śmiercią: *ciałek białych 102.000*, czerwonych — 1,200.000, wskaźnik 1,2.

Objawy mózgowe pozwalały przypuszczać, że zejście śmiertelne nastąpiło na skutek wynaczynień do mózgu.

Wynik sekcji zwłok wykonany przez pułk. Kuligowskiego z O. S. S. w skróceniu: *Haemorrhagiae mult. contl. subpleurales, oedema pulmn., haemorrhagiae sub. epi. et endocardiales. Dilatatio cord. tot. et degener. lipom. musc. Tumor lienis acut. et haemorrhagica subcapsul. Degeneratio parenchymat. et hyperaemia acut. hepatis. Degen. lipomat. renum. Haemor. mucosae ventr. oesoph. laryng., diaph. et subcutan. Anaemia cerebri et haemorrhagia et encephalom. lobi temporal. dextri et ventric. IV. Medulla ossaea flava.*

Drobnowidowe badanie anatom. patologiczne dało wynik następujący:

W szpiku kostnym brak wyraźniejszych zmian, w śledzionie zanik ciałek Malpighiego, słabe zabarwienie komórek miąższu, naczynia krwionośne rozszerzone, wypełnione ciałkami białemi, jednojądrz. W wątrobie komórki napęczniałe, zaokrąglone, zaródź drobnoziarnista, w naczyniach włoskowatych dość liczne jednojądrzaste ciałka białe. W nerkach zupełna martwica nabłonków kanal. krętych i liczne drobne wybroczyny.

Przypadek nasz zasługuje na wyróżnienie z kilku powodów. Proces chorobowy doprowadza do zejścia śmiertelnego, w przeciągu nieomal paru dni, a zatem przebieg jest wprost piorunujący. Sprawa rozpoczęła się niedawno, o czem świadczy badanie krwi (w pierwszym dniu pobytu w szpitalu 12.000 ciałek białych, a w czwartym, w agonji, 102.000 ciałek białych), a szybko narasta. Zmiany patologiczne w obrazie krwi odrazu zarysowują się wyraźnie, wykazując charakter schorzenia — białaczka limfatyczna. Następnie skaza krwotoczna występuje nagle, (nigdy dotąd skłonności do krwawień chory u siebie nie zauważył), dominowała podczas przebiegu choroby i była bezpośrednią przyczyną zejścia śmiertelnego. Co do skazy krwotocznej należy sądzić, że mamy tutaj do czynienia z krwotocznością typu małopłytkowości *objawowej*. Powikłanie białaczki skazą krwotoczną opisywano już i dawniej, lecz przeważnie w późnych okresach *białaczki przewlekłej*. O ostrej białaczce limfatycznej ze skazą krwotoczną wspomina Semerau-Siemianowski i Misiewiczówna; jednak w ich przypadku skłonność do krwawień notowano od dziecka, czego u nas nie było.

Nadto w ostrych schorzeniach białaczkowych, lub w razie gwałtownego pogorszenia się stanu w sprawie przewlekłej, dopatrujemy się zwykle jakiegoś czynnika wywołującego. W naszym przypadku brak takiego bodźca wywołującego, o ile odrzucilibyśmy możliwość wpływu promieni Roentgena.

Wielu autorów podaje moment wstrząsu, jako czynnik wywołujący, naprzykład w przypadku Filippa wyrwanie zęba i zakażenie wtórne, u Wiezkowskiego i Herza zranienie stopy, w innych razach ostre choroby zakaźne, jak to opisuje Litlen po influency, Bingel i Betke po błonicy, Sternberg po płonicy. Niektórzy autorzy chcą wprost traktować białaczkę jako schorzenie zakaźne (Sternberg, Loewy, Dimmel). Jednak nigdy dotąd nie udało się w tych sprawach wyhodować zarazka swoistego, lub bardziej zjadliwego, natomiast spotykano zwykle gronkowce i paciorkowce, którym można przypisać tylko rolę zakażenia wtórnego. W naszym przypadku żadnego podobnego bodźca nie było, a niestety posiewu krwi nie zdążyliśmy zrobić. Jednak i niezakaźne czynniki odgrywają rolę w białaczkach, czego dowodem spostrzeżenie Weila i Lacassagne'a o wystąpieniu ostrej białaczki szpikowej, wywołanej przez promieniowanie substancyj radjoaktywnych z grupy thorium i Merklen'a, Wolfa i Noel'a, białaczki, jako następstwa głębokiej rentgenoterapji z powodu włókniako-mięśniaka macicy. Autorzy ci twierdzą, że promienie Roentgena oraz ciał radjoaktywnych w małych dawkach, ale powtarzanych i długo trwających działają szkodliwie na układ krwiotwórczy, więcej albo mniej wyraźnie. Zmiany te notowane są przez Jagie, Schwarza i Siebenbrocka w 1911 r. a w 1912 przez Aubertin'a we krwi radjlogów. Dlatego też uważają oni przedłużanie owego wpływu szkodliwego, za ryzyko zawodowe. Spostrzegano dwa rodzaje uszkodzeń szpiku kostnego oraz całego układu krwiotwórczego przez promienie Roentgena; większość z nich to anemja złośliwa gwałtownie przebiegająca. Jeden taki przypadek opisali Gawazzeni et Minelli w 1914 r., 3 — Mothan w 1920 r., 1 — Larkins w 1921 r., 1 — Faber w 1923 r. Przypadek Larkins'a, opisany przez Bertier'a, dotyczy również laboranta z pracowni rentgenologicznej; jako przyczynę schorzenia podają tu zamianę lamp o promieniach miękkich, mało przenikliwych, na lampy o promieniach bardzo przenikliwych. Inne uszkodzenia systemu krwiotwórczego, spowodowane przez promienie, a obserwowane przez radjologów, stanowi białaczka ostra. Opisano dotąd 7 takich przypadków — 4 limfatycznej i 3 szpikowej (3 Jagie, Schwarz i Siebenbrock, 1 Vaquez i Aubertin, 1 Beclère, 1 Carmon i ostatnio 1 Merklen, Wolf i Noel). Pozatem jeszcze dwa przypadki Weila i Lacassagne'a, które można odnieść do tej samej grupy. Dotyczyły one dwóch inżynierów-chemików, pracujących w jednakowych warunkach przy preparatach radjoaktywnych, z których jeden zapadł na anemję złośliwą, drugi na ostrą białaczkę i zmarli wkrótce jeden po drugim. Przypadki te utwierdzałyby w mniemaniu o wpływie małych, ale stałych dawek promieni, różnie działających, zależnie od właściwości osobnika. W przypadku Noego za czynnik wywołujący uważają długie, głębokie naświetlanie (aż 7 godz.) jamy brzusznej. Tak więc widzimy, że przyjmując parę nawet czynników etjologicznych, ważnym momentem jest zawsze usposobienie chorego, którego narząd krwiotwórczy wskutek małej odporności, czy też nadmiernej wrażliwości, odpowiada na bodźce albo poważnem uszkodzeniem, albo nadczynnością układu krwiotwórczego. To samo mogło być i w naszym przypadku, że aparat krwiotwórczy chorego, będąc stale narażony na działanie promieni Roentgena, mógł zareagować jak w przypadkach wyżej opisanych nadczynnością układu śródbłonkowo-siateczkowego.

Jednak wydaje mi się może zbyt śmiałem takie ujęcie sprawy, tem bardziej, o ile weźmiemy pod uwagę tak silnie zaznaczoną skazę krwotoczną w naszym przypadku. Od kilku lat przecież przeprowadzane na zwierzętach laboratoryjnych doświadczenia i obserwowane przypadki u ludzi mniej więcej zgodne w wynikach, wskazują wzmaganie się krzepliwości krwi pod wpływem naświetlań promieniami Roentgena. Jeden z pierwszych Heineke w 1905 r. po naświetleniu śledziony w białaczkach, zauważył rozpad tkanki limfatycznej i równocześnie wzmożenie się krzepliwości krwi; w tymże roku potwierdził to doświadczeniami na psach Gramegna, a następnie i inni. W 1920 r. Stephan stara się wyjaśnić przyczynę tych zjawisk, przypuszczając, że główną rolę odgrywa tu aparat śródbłonkowo-siateczkowy śledziony, podrażniony przez promienie X, wytwarzający odpowiednie zaczyny. Inni autorzy np. Neuffer, dowodzą, że wzmożenie krzepliwości idzie w parze z rozpadem leuko- i limfocytów i wypadaniem lipoidów (Schmidt, Bergel, Resch). Inni wreszcie sądzą, że główna rolę odgrywa tu wstrząs koloidowy, wywołany przez dostanie się do krwiobiegu białek, uwolnionych z miąższu śledziony podczas naświetlań promieniami Roengena (M. i G. Giraud, Pagès).

Z naszych autorów badania wpływu promieni Roentgena na krzepliwość krwi przeprowadzali Semerau-Siemianowski, Misiewiczówna i Puljanowski, Kowalski, Fegler, Wąsowski i Mienicki.

Co się tyczy dalszych zmian we krwi, a mianowicie obchodzących nas ciałek białych, zdania są podzielone: Heineke wspomina o rozpadzie i leuko- i limfopenji pod wpływem naświetlań promieniami Roentgena śledziony, to samo Musante, Pods, Viant. Inni, jak Semerau-Siemianowski, wzrost białych ciałek bezpośrednio po naświetlaniach ze znikaniem limfocytów, Wąsowski i Mienicki — wogóle wzrost leuko- i limfocytów, równolegle z krzepliwością. Wszyscy jednak ogólnie zgadzają się, że po kilku godzinach do paru dni po naświetlaniach wszelkie zaburzenia równowagi wracają do normy, wyjątek stanowią poszczególne przypadki z nadmierną wrażliwością ciałek białych lub całego układu krwiotwórczego, w których następuje zniszczenie bez regeneracji. (Meisels, Czabanówna i Filipp). O ile więc promienie rentgenol. normalnie wpływają pośrednio, czy też bezpośrednio na wzmożenie się krzepliwości krwi i wywołują conajmniej częściowy rozpad białych ciałek, na czem dotąd polega i ich zastosowanie lecznicze w białaczkach, to czyż można sądzić, aby tenże sam bodziec mógł wywołać reakcję wprost odwrotną. Prawda, że bardzo długo utrzymywała się teorja o możliwości podwójnego działania promieni Roentgena w zależności od dawki. Małe dawki miały wywoływać działanie drażniące (Zeiz, Winn), na co powołują się w swych doniesieniach Weil, Laccasague i inni, duże dawki miały niszczyć i porażać. Dopiero w ostatnich czasach stanowcze wystąpienia Holzknechta, poparte rzeczowemi dowodami naruszyły tę teorję, ale jej nie obaliły całkowicie.

Dlatego też sądzę, że przypadki takię jak wyżej opisany, oraz przytoczone z piśmiennictwa, będą musiały stanowić kwestję otwartą tak długo, dopóki doświadczalnie nie uda się wywołać promieniami Roentgena działania drażniącego układ krwiowórczy, wyrażającego się nadczynnością tego układu. Mimo to jednak uważałam za stosowne dorzucić do piśmiennictwa swój przypadek jako jeszcze jeden z dostatecznie niewyjaśnionych.

Piśmiennictwo:

Meisels: Jak należy naświetlać nowotwory złośliwe. Gaz. Lek. Nr. 33/24. — Weil et Lacassagne: Anemie perniciense et anemie myeloide. Bulletin de L'Academie de medecine. Tome XCIII, 1925. — Merklen, Wolf et Noel: Strasbourg, Leukemie — myeliode chez une femme, tamże. — M. Med. Wochen. Nr. 4, 1905. — Meyer i Esenreich: Die Behandlung der Leukamie mit Röntgenstrahl. — Herber, Linser: Nr. 15, 1905. Expe-riment Untersud über Einwirkung der Röntgen auf das Blut. — Schenk: Nr. 48, 1904. Ueber die Behandlung der Leukämie durch die Röntgenstr. — Loevy i Dimmel: W. Arch. für In. Med. T II, z. 2. — Sochański: Przypadek niezwykłego umiejscowienia krwotoku w przeb. biał. szpik: Pol. Czas. Lek. Nr. 8 i 9, 21 r. — Kowalski: XXI Zjazd chir. polsk. Morf. podst. przysp. krzepnięcia krwi przy naświetl. śledziony prom. Roentg. Gaz. Lek. Nr. 38/24. — Herz: Die acute Leukanie. Pagnier, Raviba i Salomon: Rayon X. et congulation sanequine. — Tumidajski: Wpływ naświetlań Roentg. Gaz. Lek. 50 i 51/23. — Bartier: Wypadek anemji z zejściem śmiert. przez dział: prom: Roentg: Skrót Gaz. Lek. Nr. 28/22: — Semerau-Siemianowski, Misiewicz: Studja nad zaburz. w układzie krwiotwór. Gaz. Lek. Nr: 11/23. — Wąsowski i Miernicki: Wpływ promieni Roentg. na krzepnięcie krwi i formułę leukocytową w świetle własnych spostrzeżeń. Gaz. Lek. Nr. 17/25. — Fegler: Badanie doświadczalne nad rolą śledziony w regener. białych ciałek krwi. Lek. Wojsk. Nr. 1/27. — S. Siemianowski, Misiewicz: O skazach krwotocznych. Pol. Arch. med. T. III, z. II. — Meisels-Czabanówna: O niezwykłej wrażliwości b. c. k. na prom. Roentg. Gaz. Lek. 29/25. — Sawicka i Wąsowski: Zmiany we krwi chorych na raka pod wpływem naśw. prom. G. Lek. Nr. 38/25. — Kuhl: Przyczynek do skazy krwotocznej ze zmniejsz. ilością płytek we krwi. Gaz. Lek. Nr. 13/25. — Lipiński: Przyczynek do patogenezy ostrej białaczki szpikowej. Pol. Gaz. Lek. Nr. 44 i 45/27.

Doc. Dr. E. ARTWIŃSKI, Dr. M. OSTROWSKI, Dr. A. ŚLĄCZKA. Kraków.

O nakłuciu podpotylicznem i myelografji.

Z Oddziału VI Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
Prymarjusz: Doc. Dr. Artwiński.

(Ciąg dalszy).

Przyp. 1. Chora T. L., lat 20, wolna. Przyjęta dnia 14. V. 1924. Hereditas O. Nigdy poważniej nie chorowała. Od 4 lat silne bóle opasujące występujące napadowo na wysokości pasa. Nogi zaczęły powoli słabnąć. Obecnie od roku już nie może chodzić. Od 3 lat zaburzenia w oddawaniu moczu i stolca.

Objektywnie:

Nn. mózgowe i kk. górne bez zmian.

Odruchy brzuszne: górne słabe, równe, dolne zniesione.

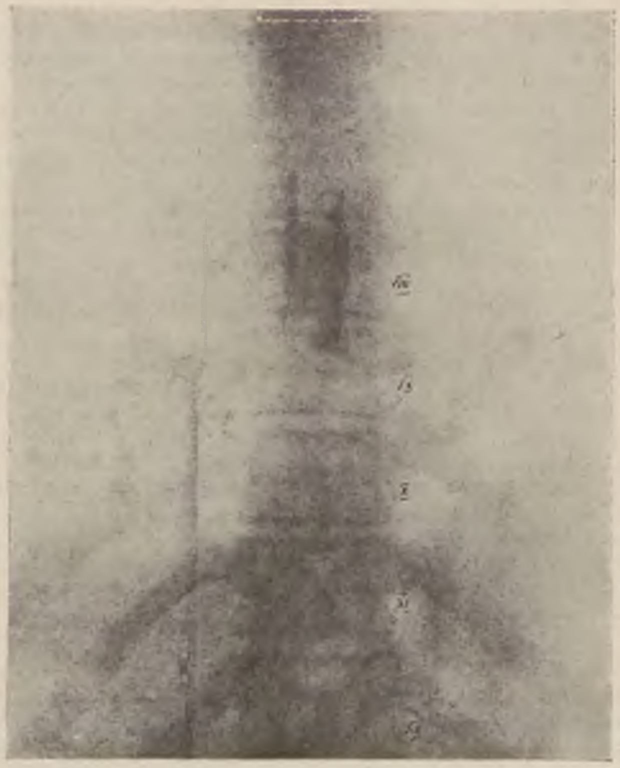
Kk. dolne: Ruchy czynne obustronnie we wszystkich stawach prawie zupełnie zniesione. Bardzo znaczna hipertonia. Odruchy kolanowe wzmożone, równe.

Odr. achillesowe wzmożone, kloniczne.

Clonus obu stóp. Babiński i Oppenheim obustronnie +. Czucie dotyku i bólu: upośledzone od D_{10} ku dołowi, przyczem od L_1 zupełna anestezja i analgezja. Kręgosłup ruchomy, na opukiwanie niebolesny: na zdjęciu röntgenologicznem bez zmian.

Podczas obserwacji stale bóle opisane powyżej, incontinentia urinae et alvi, spastyczne zrywanie obu nóg. Nakłucie lędźwiowe. Płyn ksantochromiczny, Wa ujemny. Nonne Appelt silnie dodatni. Pleocytoza w normie. Wa z krwi (—). Dg. Tumor medullae spinalis na wysokości VIII—IX kr. piersiowego.

Myelografja: Lipjodol zatrzymuje się w całości w zwartej masie na wysokości IX kr. piersiowego, przypominając sylwetkę klasyczną „Reitform" (p. ryc. 6).



Ryc. 6.

Operacja (Prof. Rutkowski na klin. chir. U. J.): Guz wrzecionowaty długości około 4 cm uciskający rdzeń na wskazanej wysokości i dający się na tępo całkowicie oddzielić i usunąć.

Rdzeń w miejscu ucisku spłaszczony nakształt szabli. Utkanie mikroskopowe guza: glejak (Prof. Ciechanowski). Po operacji cofnęły się powoli zaburzenia zwieraczy, natomiast niedowład spastyczny pozostawał bez zmiany w ciągu następnych 5 miesięcy, po upływie których straciliśmy chorą z obserwacji.

Przypadek powyższy nie nastręczał żadnych trudności rozpoznawczych i myelogram utwierdził nas tylko w rozpoznaniu.

Przyp. 2. Chora Z. K., lat 41, wdowa. Przyjęta 28. I. 1925. Hereditas O. Od 3 miesięcy silne bóle w plecach, mrowienia i zrywania nóg. Powoli traci władzę w nogach a od 2 miesięcy nie chodzi wcale i obecnie nogami zupełnie nie włada. Stolec zaparty; oddawanie moczu bez wybitniejszych zmian.

Objektywnie: Nn. czaszkowe i kk. górne b. zm.

Odruchy brzuszne: górne obecne (=), dolne: prawy b. słaby, lewy nieobecny.

Kk. dolne: Ruchy czynne zniesione we wszystkich stawach. Bardzo silna hipertonia.

Babiński, Oppenheim i M. Bechterew obustronnie +.

Clonus obu rzepek i stóp.

Odruch potrójnej fleksji obustronnie +.

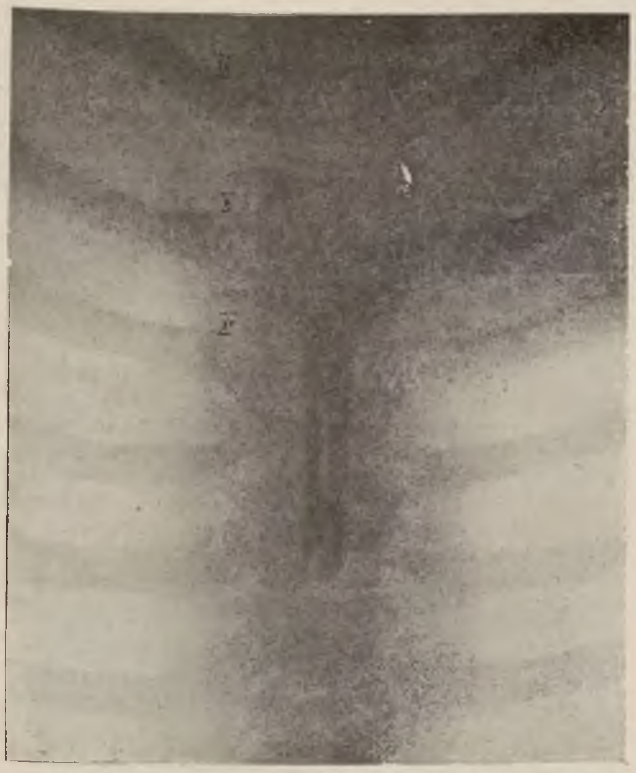
Czucie: Zniesienie wszystkich rodzajów czucia od D_{12} w dół.

Roentgen: kręgosłupa b. zm.

Wa z krwi (—), Wa z płynu (—). Nonne-Apelt silnie dodatni.

Pleocytoza: 2 — 2/3.

Dg. Tumor medullae spin. na wysokości X kr. piers. Myelografja 21 lutego 1925: Lipjodol zatrzymuje się długim, w górze podwójnym słupem, którego podstawa znajduje się na trzonie IX kr. piers. (ryc. 7).



Ryc. 7.

Chorą przeniesiono na klinikę chirurgiczną U. J. celem dokonania operacji. W międzyczasie pojawiło się zapalenie płuc i zabieg musiano odłożyć, później zaś chora cofnęła swą zgodę na operację i została zabrana przez rodzinę do domu. W tym przypadku lipjodol wskazywał górną granicę guza nieco wyżej niżli wynikało z badań zaburzeń czucia, niestety jednak nie mogliśmy stwierdzić stanu faktycznego zabiegiem.

Przyp. 3. Chora M. S. l. 62, wdowa. Przyjęta 31 sierpnia 1926. Hereditas O.

Od 5 lat bóle w lewej nodze od pachwiny do kolana Od 2 lat nogi słabną; w lewej nodze wystąpiły zrywania.

Od 3 miesięcy znacznie gorzej: chodzi z coraz większą trudnością. Nogi sztywnieją. Bóle w obu nogach nasilają się. Od czasu do czasu bóle opasujące poniżej sutków. Od kilku miesięcy retentio urinae. Stolec zaparty.

Objektywnie: źrenice i nn. czaszki b. zm. Kk. górne b. zm. Odruchy brzuszne zniesione. (Powłoki wiotkie).

Kk. dolne: Ruchy czynne obustronnie we wszystkich stawach b. znacznie upośledzone, po lewej więcej. Hipertonia większa po lewej.

Odruchy kolanowe: lewy żywszy. Odr. achillesowe: lewy żywszy.

Babiński po lewej +, po prawej czasem zaznaczony. Strümpell i Oppenheim po lewej +. Odruch potrójnej fleksji po lewej +.

Czucie: Obniżenie wszystkich gatunków czucia od D_6 ku dołowi, przyczem czucie na nodze prawej upośledzone wybitniej niż na lewej.

Roentgen kręgosłupa b. zm. Wa z krwi i płynu ujemny. Nonne-Apelt w płynie z okolicy lumbalnej silnie dodatni; płyn krzepnie; pleocytoza w normie.

W płynie ze zbiornika: Nonne Appelt ujemny, pleocytoza normalna.

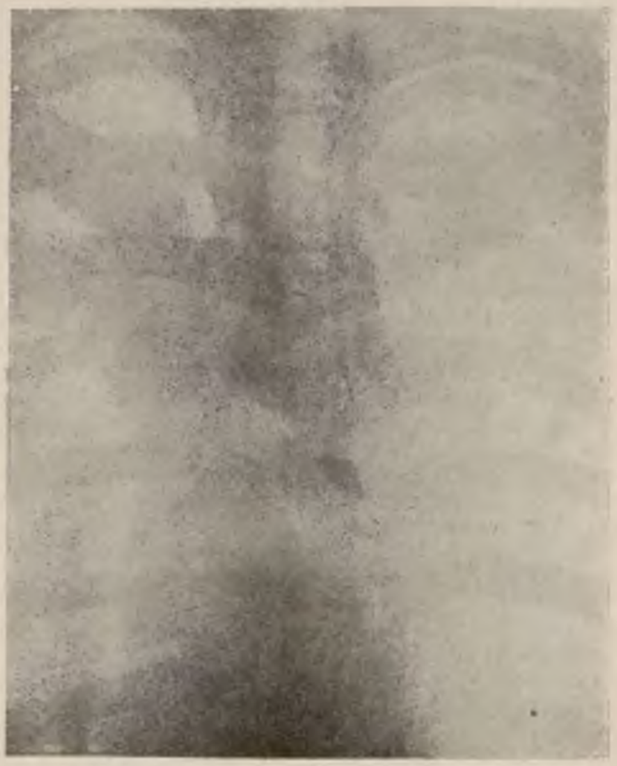
Dg. Tumor medulae spin. probab. extramed. na wysokości 5 kr. piers.

Myelografja dnia 1. IX. 1926: Część lipjodolu zatrzymuje się zwartą masą nad dolną granicą 5 kr. piersiowego; reszta na dnie worka.

Zdjęcie kontrolne po 24 godz.: sylwetka lipjodolu na 5 kr. piersiowym utrzymuje się nadal bez zmiany. Ryc. 8.

Laminektomja dnia 3. IX. 1926 (prof. Rutkowski): Na wysokości dokładnie odpowiadającej myelogramowi guz w kształcie śliwki, długości 3,5 cm przerastający durę, nie przechodzący na rdzeń, natomiast obrastający tylny korzonek po stronie lewej. Guz usunięto wraz z kawałkiem durae. Utkanie histologiczne: endothelioma psammomatodes (Prof. Ciechanowski).

Po operacji kompletna paraplegja utrzymująca się do dzisiaj.



Ryc. 8.

Zaburzenia zwieraczy i bóle trwają nadal bez zmian.

W przypadku tym, podobnie jak w 1-szym — myelogram potwierdził tylko zupełnie pewne rozpoznanie i lokalizację.



Ryc. 9.

Przyp. 4. G. J. l. 27, wolny, wyrobnik rolny.

Przyjęty 11. VIII. 1926. Hereditas O. Nigdy nie chorował. W r. 1923 spadł z kładki do wody z wysokości około 2 m.

Po upadku nie miał żadnych dolegliwości. W 3 miesiące potem bóle naprzód w lewem biodrze, potem w prawem, a nakoniec

w całej lewej nodze. Nasilenia bólów przy chodzeniu a zwł. schylaniu się. Taki stan przez 2 lata. Od zimy 1925 r. bóle mniejsze, natomiast pojawiła się incontinentia urinae et alvi. Objektywnie: źrenice i nn. czaszki b. zm.

Kk. górne b. zm.

Odruchy brzuszne żywe (=).

Kk. dolne: Ruchy czynne we wszystkich stawach obustronnie sprawne.

Przy biernych nieznaczna hipotonja.

Ataksja przy próbie piętokolanowej 0.

Odruchy kolanowe: lewy b. słaby, prawy zniesiony.

Odr. achillesowe: lewy minimalny, prawy zniesiony.

Odruchów patologicznych brak. Lasègue obustronnie +, Romberg +. Chód: bez wybitniejszych zmian. Prędko się męczy.

Czucie: Obniżenie wszystkich gatunków od D_{12} w dół, przyczem najwybitniejsze upośledzenie od S_3 do S_5.

Usztywnienie kręgosłupa lędźwiowego. Roentgen kręgosłupa b. zm. Wa z krwi i płyn m. rdz. (—). Nonne Apelt silnie dodatn. Pleocytoza w normie.

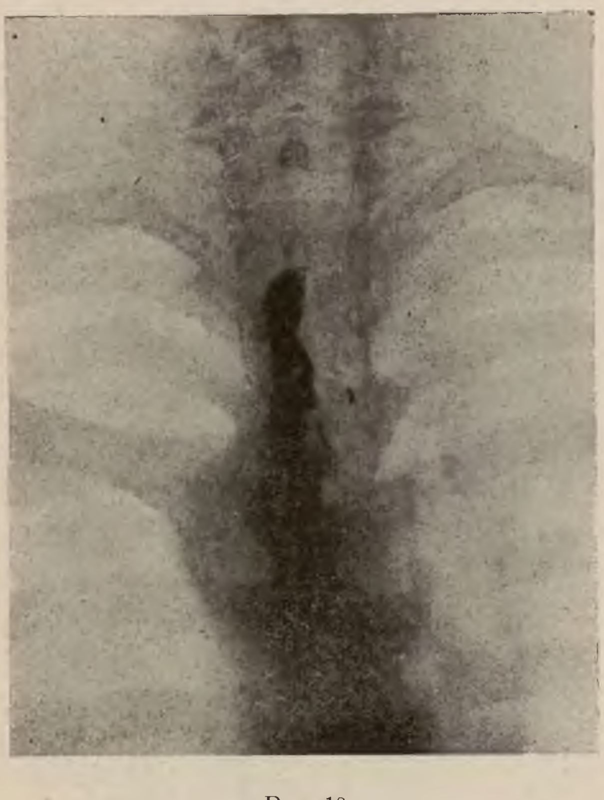
Dg. Suspectio Tumoris caudae equinae.

Myelografja dnia 27. VIII 1926: Cały lipjodol zatrzymuje się w postaci poziomego pasa na wysokości dolnego brzegu 1 kr. lędźwiowego. (Ryc. 9).

Laminektomja dnia 3 września 1926 (prof. Rutkowski): Na wysokości wskazanej myelogramem guz subduralny wielkości orzecha włoskiego, twardy, czerwony, uciskający od tyłu ogon koński i nie dający się dobrze oddzielić. Guz wycięto wraz z kawałkami opony twardej. Mikroskopowo: tkanka bardzo silnie unaczyniona, ale obumarła tak, że natury guza dokładniej określić się nie dało. (Zakład anat. patol. U. J.). Po operacji pneumonja i exitus.

W przypadku tym myelogram utwierdzał nas w niezupełnie początkowo pewnem rozpoznaniu. Dla patogenezy samego guza, ciekawą jest anamneza, w której uraz poprzedza (nie bezpośrednio) wystąpienie pierwszych objawów chorobowych, co kazało nam początkowo myśleć o pourazowej haematomyelji wzgl. myelomalacji.

P r z y p. 5. Chora G. M. l. 56, zamężna. Hereditas O. W młodości tyfus i zapalenie płuc. Od 2 lat bóle w plecach oraz w krzyżach i nogach. Te ostatnie o charakterze ischialgji: była leczoną szereg miesięcy przez lekarza domowego na ischias. Od roku powoli coraz większe osłabienie nóg; obecnie chodzi z trudnością i tylko z pomocą obcą. Od roku również incontinentia urinae et alvi. Nocami bolesne zrywanie nóg. Nogi zupełnie zdrętwiałe i znieczulone.



Ryc. 10.

Objektywnie: źrenice i nn. czaszki b. zm., kk. górne b. zm. Odruchy brzuszne zniesione.

Kk. dolne: Ruchy czynne we wszystkich stawach b. znacznie upośledzone. Wybitna hipertonja.

Odruchy kolanowe silnie wzmożone (=).

Odr. achillesowe kloniczne (=).

Clonus obu stóp i rzepek. Babiński, Oppenheim, Strümpell i Mendel-Bechterew obustronnie +.

Odruch potrójnej fleksji obustronnie +.

Romberg +. Chód spastyczno-paretyczny, tylko z obcą pomocą. Czucie: Obniżenie wszystkich gatunków czucia od D_5 ku dołowi, przyczem od pachwin w dół zupełna anestezja i analgezja. Na górnej granicy czucia wyraźna strefa hiperalgetyczna. Kręgosłup ruchomy, na ucisk niebolesny: röntgenologicznie b. zm. W płynie mózgordzeniowym uzyskanym nakłuciem lędźwiowem wyraźnie zaznaczony zespół Fronina.

Dg. Tumor medullae spinalis extramedullaris.

Myelografja dnia 14. IX. 1926. Zdjęcie frontalne: lipjodol zatrzymuje się w całości tuż nad górną granicą 4 kr. piersiowego, zwartą masą w kształcie słupa pionowego na prawo od linji środkowej. Ryc. 10.

Zdjęcie boczne: Wydłużona sylwetka lipjodolu przylega do tylnej ściany kanału kręgowego. Między cieniem lipjodolu a trzonem III-ego kręgu piersiowego przestrzeń jaśniejsza, odpowiadająca samemu rdzeniowi. Dolny kontur lipjodolu schodzi dachówkowato ku dołowi i tyłowi opierając się na przeszkodzie najprawdopodobniej guzie zewnątrzrdzeniowym, umiejscowionym jak wynika z analizy zdjęcia na tylnej ścianie rdzenia. Ryc. 11.



Ryc. 11.

Laminektomja dnia 25. IX. (Prof. Rutkowski): Na wskazanej wysokości guz podoponowy długości 3 cm, walcowaty, uciskający rdzeń od tyłu i nie dający się oddzielić na tępo. Rdzeń w miejscu ucisku zupełnie spłaszczony. Mikroskopowe utkanie guza: psammoma (prof. Ciechanowski). Po operacji paraplegia bez zmiany przez szereg miesięcy. Ostatecznie urosepsis, decubitus i exitus. Przypadek był zupełnie jasny i myelogram potwierdził rozpoznanie. Pozatem jednak uzupełnił je pozwalając po dokładniejszej analizie zdjęcia bocznego zlokalizować tumor na tylnej ścianie rdzenia.

Równocześnie przypadek ten wykazuje, że umiejscowienie cienia lipjodolu po lewej lub prawej stronie linji środkowej na zdjęciu frontalnem zależy li tylko od warunków opadania lipjodolu a nie od umiejscowienia samego guza: w naszym przypadku guz leżał dokładnie w linji środkowej, lipjodol zaś opadł wydłużonym słupem po stronie prawej.

W przypadku powyższym — jedyny raz w dotychczasowej naszej praktyce lipjodol zatrzymał się dłuższy czas w miejscu wstrzyknięcia: na zdjęciach wykonanych w pół godziny, 4 godz. oraz 12 godz. po zabiegu cała masa lipjodolu tkwiła w zbiorniku oddając dokładnie jego charakterystyczny kontur. Dopiero zdjęcie

wykonane po 24 godz. wykazało sylwetkę kontrastową na wysokości guza. Przyczyny tego faktu wytłumaczyć nie umiemy. Być może, że odegrała tu rolę stosowana podówczas przez nas wadliwa technika t. j. następowe wtłaczanie powietrza; zauważyć jednak należy, że przypadki podobne obserwowali również Sicard oraz autorzy trzymający się ściśle techniki przezeń podanej.

P r z y p. 6. Chory S. S., l. 25, nieżonaty. Przyjęty 2 sierpnia 1926. Hereditas O. Nigdy nie chorował. Od 1,5 roku bóle w krzyżach i obu nogach, silniejsze przy chodzeniu; utrzymują się jednak również w pozycji leżącej i siedzącej. Bóle stałe z chwilowemi nasileniami; te ataki bólów zaczynają się w krzyżach i promieniują do obu nóg wzdłuż m. kulszowych. Niema zaburzeń w oddawaniu moczu i stolca. Status praesens: Nn. czaszkowe i kk. górne b. zm.

Odruchy brzuszne wszystkie obecne, równe.

Kk. dolne: Ruchy czynne we wszystkich stawach dobrze zachowane. Żadnych zmian w tonusie. Lasègue obustronnie silnie dodatni. Neri +. Odruchy kolanowe i achillesowe żywe, równe. Odruchy mosznowe i podeszwowe żywe, równe. Odr. patologicznych brak.

Romberg 0. Chód b. zm.

Czucie nie wykazuje wyraźniej uchwytnych zmian: ma się jednak wrażenie pasa hiperalgetycznego na wysokości D_{12}.

Kręgosłup lędźwiowy unieruchomiony. Bolesność uciskowa 3 kr. lędźwiowego. Nerwy kulszowe i inne pnie nerwowe na ucisk niebolesne.

Roentgen kręgosłupa bez zmian.

Wa. z krwi ujemny. Płyn m. rdz. ze zbiornika Wa ujemny; Nonne Appelt ujemny; pleocytoza 4—2/3. Punkcję lumbalną wykonano między 3—4 kr. lędźw.: wydobyto kilka kropli płynu zanieczyszczonego krwią.

Dg. Tumor medullae spin. susp. (Cauda equina?).

Myelografja dnia 24. VIII. 1926: Główna masa lipjodolu na wysokości XII kr. piers. Dolny kontur sylwetki poszarpany w postaci nieregularnych mniejszych i większych kropli zwł. po bokach. Wzdłuż 3 górnych kr. lędźwiowych małe krople lipjodolu odpowiadające kieszeniom arachnoidalnym.



Ryc. 12.

Dno worka nie wykazuje żadnych śladów lipjodolu. Zdjęcie kontrolne wykonane w 3 dni później wykazuje obraz zasadniczo taki sam. Jedynie tylko w dolnym konturze zaszła zasadnicza zmiana: pierwotne pojedyncze nieregularne krople połączyły się razem, tworząc masę więcej zwartą nad górną granicą, przypuszczalnej przeszkody.

Laminektomja dnia 16 września 1926 (Prof. Rutkowski): Na wysokości XII kr. piersiowego glioma subduralnie leżące i obrastające zupełnie nieregularnie korzonki tylne. Guz usunięto, uwalniając korzonki częścią na tępo, częścią zaś nożem od obrastającego je nowotworu. Po operacji zupełna paraplegia wiotka kk. dolnych ze zniesieniem odruchów ścięgnistych, obniżeniem wszystkich gatunków czucia od D_{12} w dół i zaburzeniami zwieraczy. Paraplegja utrzymuje się do dzisiaj bez zmiany, natomiast bóle znikły zupełnie w kilka tygodni po operacji.



Ryc. 13.

Przypadek powyższy zasługuje na szczególną uwagę. Dowodzi on niezbicie, że myelogram może wykazać istnienie guza w okresach początkowych, gdzie szczegółem rozpoznawczym są jedynie bóle a brak zaburzeń ruchowych, czuciowych i zaburzeń zwieraczy nie pozwala na pewne postawienie rozpoznania. Ponadto ważne jest w tym przypadku zachowanie się dolnego konturu sylwetki, zrazu poszarpanego i przypominającego obrazy zrostów meningealnych (p. przyp. 14), potem zbijającego się w cień jednolity, charakterystyczny raczej dla guza. Dowodzi to, jak ważne są w przypadkach wątpliwych zdjęcia kontrolne dokonywane serjami w ciągu kilku dni.

Przytoczymy obecnie przypadek o zupełnie podobnym zespole objawów, gdzie jednak ujemny wynik myelografji pozwolił wykluczyć guz.

P r z y p. 7. Chory T. H. l. 43, wolny. Przyjęty 23. V. 1927. Wywiady: W r. 1918 przez 3 dni silna lumbago. Od tego czasu często mniej lub więcej silne bóle w krzyżach. W maju 1926 bóle wzdłuż całej prawej nogi po zewnętrznej stronie. Od listopada tegoż roku bóle te nasiliły się; są stałe, jednakże od czasu do czasu wzmagają się zwł. nocami. Od grudnia 1926 zaczyna pobolewać również noga lewa od biodra aż do kostki, po zewnętrznej stronie. Prawa noga cierpnie — częste mrowienia.

Mocz: od 2 miesięcy zaznaczona retentio.

Objektywnie: źrenice i kk. górne b. zm.

Odruchy brzuszne: prawe słabsze od lewych.

Kk. dolne: Ruchy czynne i bierne upośledzone z powodu bólów występujących wzdłuż nerwów kulszowych, zwł. po str. prawej. Wybitny Lasègue po prawej, słabiej zaznaczony po lewej.

Odruchy kolanowe: prawy słabszy.

Odruchy achillesowe: prawy słabszy.

Odruchów patolog. brak.

Bolesność uciskowa w okolicy dolnego przebiegu prawego nerwu kulszowego.

Zaznaczona skolioza kręgosłupa lędźwiowego wypukłością w prawo.

Bolesność uciskowa w okolicy 1—2-ego kr. lędźwiowego.

Romberg 0. Chód ostrożny; utyka na nogę prawą.

Czucie dotyku i bólu bez zm.

Röntgenologicznie: kręgosłup b. zm.

Wa z krwi (—), z płynu (—). Nonne Appelt silnie dodatni (1/40).

Pleocytoza c. b. 17.

Myelografja 30. V. 1927: Pojedyncze krople lipjodolu w kieszeniach arachnoidalnych na 6 i 7 kr. piers. oraz na 4 i 5 kr. lędź.

Pozostała masa lipjodolu w kształcie wydłużonego buraka na 1-ym kr. krzyżowym, skąd wybiegają ku dołowi pojedyncze krople wzdłuż korzonków.

Rozpoznanie wahało się w tym przypadku pomiędzy guzem rdzenia wzgl. ogona końskiego a zapalnem zajęciem korzonków (radiculitis). Za istnieniem tej ostatniej sprawy przemawiał wynik badań serologicznych. Ujemny wynik myelografji rozstrzygnął ostatecznie na korzyść radiculitis, a po zastosowaniu odpowiedniego leczenia (zastrzyki mleka, atophan, diathermja) dolegliwości chorego ustąpiły zupełnie w ciągu trzech miesięcy.

Przyp. 8. Chora D. A., l. 31, żona rolnika. Przyjęta 17. II. 1927. Hereditas O. Nigdy nie chorowała. Od lata 1926 r. bóle w krzyżach oraz opasujące poniżej łopatek, niekiedy tak silne, że mogła chodzić tylko z największym wysiłkiem. W październiku tegoż roku zcierpnięcie i niedowład naprzód lewej a potem prawej nogi. W listopadzie przestała zupełnie chodzić. Równocześnie straciła czucie w obu nogach. Od listopada 1926 incontinentia urinae et alvi.

Objektywnie: Źrenice i nn. czaszki b. zm.

Kk. górne b. zm. Odruchy brzuszne zniesione.

Kk. dolne: Ruchy czynne: prawej zniesione we wszystkich stawach, lewej b. znacznie upośledzone. Hipertonja większa po prawej. Odruchy kolanowe i achillesowe wzmożone, prawe żywsze. Clonus obu stóp i rzepek. Babiński, Oppenheim, Mendel-Bechterew oraz odruch potrójnej fleksji +, żywsze po prawej.

Na nogach utrzymać się nie może.

Czucie: obniżenie wszystkich gatunków od D_5, przyczem od D_{10} w dół zupełna anestezja i analgezja.

Kręgosłup ruchomy, na ucisk niebolesny.

Roentgen kręgosłupa bez zmian.

Wa z krwi i płynu ujemny. Nonne Appelt silnie dodatni (1/40).

Pleocytoza 2.

Dg. Tumor medullae spinalis na wysokości 3—4 kr. piers.

Myelografja dnia 26. II. 1927: Część lipjodolu zatrzymuje się dwiema dużemi kroplami na trzonie IV kr. piersiowego, reszta na dnie worka.

Laminektomja 3. III. 1927 (Prof. Rutkowski): Na wysokości odpowiadającej myelogramowi pod oponą twardą guz podłużny, około 3 cm długości, dający się oddzielić na tępo od tylnej powierzchni rdzenia. Badania histologiczne guza: fibroma (Zakład anatomji patologicznej U. J.).

W ciągu 4 miesięcy po operacji paraplegia cofnęła się prawie zupełnie, tak, że chora opuszczając Oddział chodziła zupełnie dobrze, nie miała żadnych zaburzeń zwieraczy, a jako ostateczny ślad dawnego niedowładu pozostało nieznaczne wzmożenie odruchów i lekkie obniżenie czucia na kk. dolnych. Przypadek powyższy zasługuje na uwagę ze względu na znakomity wynik zabiegu operacyjnego, natomiast samo rozpoznanie było zupełnie proste i myelografja nie wniosła doń żadnych nowych szczegółów.

Przyp. 9. R. J., l. 32, zamężna. Przyjęta 24. III. 1927. Hereditas O. Mąż chorej leczy się z powodu tabes dorsalis. W r. 1916 zapalenie mózgu. W r. 1917 lues. Obecna choroba zaczęła się przed rokiem bólami w palcach lewej stopy, zwł. przy chodzeniu. Przez blisko rok nie było żadnych dolegliwości, dopiero przed 3 tygodniami wystąpiło w kk. dolnych uczucie wzmożonego napięcia oraz zdrętwienie obu nóg, więcej po prawej. Nogi słabną, przyczem lewa jest słabsza. Od 2 tygodni retentio urinae et alvi. Obj.: Źrenice nierówne, niezupełnie okrągłe. Odczyny na światło niewydatne, na nastawienie znacznie sprawniejsze.

Inne nn. czaszki b. zm.

Kk. górne b. zm.

Odruchy brzuszne obustronnie zniesione.

Kk. dolne: Ruchy czynne lewej znacznie gorsze niż prawej. Hipertonja większa po lewej.

Odruchy kolanowe i achillesowe wzmożone, więcej po lewej.

Babiński, Oppenheim, po lewej +. Strümpell obustronnie +. Odruch potrójnej fleksji 0. Clonus stopy lewej.

Romberg +. Chód spastyczny z circumdukcją po lewej.

Czucie: Obniżenie wszystkich gatunków czucia od D_7 przyczem znacznie wybitniej po prawej.

Od L_2—S_5 wyjaśnienie czucia zwł. po lewej.

Kręgosłup ruchomy, niebolesny na ucisk, bez zmian röntgenologicznych.

Wa. z krwi i płynu (—). Nonne Appelt słabo (+) : 1/10. Pleocytoza 1.

Myelografja dnia 1. IV. 1927: Lipjodol zatrzymuje się zwartą masą w postaci pionowego słupa tuż nad dolnym brzegiem VI kr. piersiowego. Dolny kontur cienia kontrastowego wykazuje po str. prawej ubytek połączony cienką smugą z wyraźnemi cieniami prawych kieszeni arachnoidalnych.

Po stronie lewej, gdzie kontur jest zupełny, kieszenie nie uwidoczniły się wcale.



Ryc. 14.

Myelogram ten pozwala nam zatem umiejscowić po stronie lewej przeszkodę w świetle przestrzeni podpajęczynówkowej. Po stronie prawej przestrzeń jest wolna, tam też krople lipjodolu odrywają się od głównej masy i opadając w dół wypełniają prawe kieszenie arachnoidalne. Odpowiada to w zupełności obrazowi klinicznemu wykazującemu wyraźnie zaznaczony zespół Brown-Sequard'a z przewagą zaburzeń motorycznych po lewej, czuciowych zaś po prawej stronie.

Pomimo ujemnego Wa z krwi i z płynu rozpoznaliśmy w przypadku powyższym gumma medullae spinalis. Za kiłą przemawiały tutaj wywiady i stan źrenic, myelogram zaś sam wskazywał na przeszkodę raczej w postaci guza, a więc w tym przypadku kilaka, aniżeli np. zrostów oponowych. Chora została poddana leczeniu swoistemu i opuściła Oddział z poprawą, przyczem jednak myelogram w dniu odejścia nie wykazywał żadnych zasadniczych zmian w pierwotnej sylwetce lipjodolu.

Chorą opiekujemy się już dwa lata. W międzyczasie poddaliśmy ją ponownemu leczeniu swoistemu i stwierdzamy dalszą poprawę.

Następny przypadek (10) będący jedynym guzem wewnątrzrdzeniowym w naszym dotychczasowym materjale dotyczył kobiety, lat 22, pozostającej w leczeniu P. Dra M. Rosego, z którego inicjatywy wykonaliśmy myelografję. Rozpoznanie opiewało: guz rdzenia na wysokości C_5—D_1. Myelografja zastosowana dwukrotnie dała wynik ujemny. Pomimo to zdecydowano się na zabieg operacyjny, w czasie którego nie znaleziono jednak żadnych zmian na wskazanej wysokości. Dwa dni po operacji nastąpiło zejście śmiertelne, a badanie histologiczne rdzenia wykazało neurinoma wewnątrzrdzeniowe na wysokości C_4—D_1. Przypadek ten niezwykły ze względu na szczegóły histologicznej budowy guza został opracowany obszernie przez M. Bielschowsky'ego i M. Rosego (Journal f. Psychologie u. Neurologie 1927). Korzystając z uprzejmej zgody autorów, pozwoliliśmy sobie przytoczyć z ich pracy powyższe szczegóły.

Dok. nast.

Dr. Ludwik PTASZEK, st. asystent. Lwów.

Z kazuistyki badań przemiany spoczynkowej (p. s.) i o znaczeniu ich dla praktyki.

Z Zakładu Patologji Ogólnej i Doświadczalnej U. J. K. we Lwowie: Dyrektor: Prof. Dr: Marjan Franke: i z Oddziału wewnętrznego Polikliniki powszechnej Ordynator: Prof. Dr. Marjan Franke.

Badania nad zachowaniem się przemiany spoczynkowej (p. s.) w sprawach chorobowych, dotyczących przedewszystkiem zaburzeń w czynności gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu na zachodzie powszechnie i systematycznie wykonywane, są u nas z małemi wyjątkami, zwłaszcza w praktyce, zupełnie zaniedbane, tak, że nawet kazuistyczne zestawienia należą do rzadkości. To uprawnia nas do podania obserwacyj, opartych na materjale chorych Oddziału wewnętrznego Polikliniki, Szpitala Państwowego, jak i chorych przysłanych nam przez Dra Tadeusza Falkiewicza z ordynacji kasowej *).

W piśmiennictwie polskiem prace, dotyczące tego przedmiotu, doprowadziły do wniosków zgodnych z badaniami autorów obcych i naszemi. Chcemy jednak zwrócić uwagę przedewszystkiem na znaczenie praktyczne tych badań, na wartość ich rozpoznawczą i kontrolną dla przebiegu leczenia, co powinno mieć ważne znaczenie dla lekarza także w przypadkach poliklinicznych. Przypomnienie konieczności tych badań także w życiu praktycznem — oto jeden z głównych celów naszej pracy. Nie poruszamy przytem zupełnie zachowania się p. s. w innych sprawach chorobowch, bo ma ono dotychczas wartość tylko teoretyczną i dla praktyki jest bez znaczenia.

Z wielu metod i aparatów, służących do tego celu — naszem zdaniem — najwięcej zaufania budzi metoda i aparat Haldane'a, której też używaliśmy stale do oznaczeń p. s. w naszych przypadkach. Metoda ta jest jedną z najściślejszych, nie nastręcza zbytnich trudności i da się łatwo przeprowadzić u każdego chorego, nawet ambulatoryjnie.

Materjał nasz ze względu na zachowanie się p. s. podzieliliśmy na dwie grupy, z których jedna obejmuje przypadki ze wzmożoną, a druga z obniżoną przemianą spoczynkową.

Do *grupy pierwszej* zaliczyliśmy przypadki, w których w jednem lub większej liczbie badań, stwierdziliśmy zawsze mniej lub więcej wyraźne zwiększenie p. s. Z grupy tej dla przykładu przytaczamy przypadki następujące:

Choroba Basedowa: H. J. + 28%; Sz. E. + 48%; M. L. + 85%; K. F. + 76%: S. P. + 36%; G. B. + 14%; K. M. + 42%.

Nadczynność tarczycy z wolem lub bez wola: Z. H. + 17%; B. M. + 25%; W. C. + 17%; L. Z. + 17%.

Akromegalja: S. Z. + 10%.

Z powyższych przykładów wynika, że wzmożenie p. s. pojawia się przedewszystkiem w zaburzeniach, dotyczących gruczołu tarczykowego, połączonych ze zwiększeniem jego wewnętrznego wydzielania. Najwyższe liczby przytem spotykamy tam, gdzie zwiększone działanie hormonalne tarczycy jest wybitniejsze i połączone z rozwojem typowej choroby Basedowa, z wahaniami idącemi mniej więcej równolegle z nasileniem lub osłabieniem objawów chorobowych.

Wzrost p. s. spotykamy również jednak i w pewnych przypadkach wola bez objawów choroby Basedowa, w których obraz kliniczny przemawia za istnieniem zwiększonego wydzielania tarczycy, a także i w wolu bez wyraźnych klinicznych objawów hipertyreoidyzmu.

Stwierdzenie wzmożonej p. s. przy nieznacznym wolu, jest dla nas cechą wybitnie rozpoznawczą, wskazującą na istnienie nadczynności tarczycy, nie zdradzającej się innemi objawami klinicznemi. Brak wzmożenia p. s. przy istniejącym wolu pozwala nam uważać go jako schorzenie miejscowe, bez ogólnego wpływu na resztę organizmu, co ma ważne znaczenie praktyczne.

N. p. B. W. + 0,06%; G. H. + 7,7%; St. M. — 1%; Rz. J. + 9,5%.

W jednym przypadku Akromegalji stwierdziliśmy nieznaczny wzrost p. s., co wobec badań innych autorów, którzy również w tych przypadkach doszli do podobnych wyników, czyni prawdopodobnym wniosek, że wzmożenie czynności przedniej części przysadki wpływa podobnie jak tarczyca na wzrost p. s.

Z innych gruczołów, wpływających na wzmożenie p. s., należy wspomnieć o nadnerczu; autorowie francuscy znaleźli bowiem w przypadkach choroby Addisona wzrost p. s., nam jednak brak własnych obserwacyj w tym kierunku.

*) Na tem miejscu dziękujemy WWPP. Prym. Doc. Dr. W. Czerneckiemu i Asyst. Drowi T. Falkiewiczowi za możność wykorzystania przysłanych nam chorych.

Nasuwałoby się pytanie, czy, prócz powyżej wymienionych gruczołów, stan wzmożonej p. s. nie może przyjść do skutku pod wpływem działania hormonów płciowych. Zatem przemawiałyby wyniki badań nad działaniem wyciągów z jajnika, czy też jądra co stwierdziliśmy również w eksperymencie zwierzęcym w przewlekłych wstrzykiwaniach tych wyciągów. To jednak dotychczas nie uprawnia nas do wniosków pewnych.

Jak z powyższego zestawienia wynika, w przypadkach z przypuszczalnem schorzeniem gruczołów wkrewnych dla lekarza praktycznego można wysnuć jeden tylko wniosek: *że w razie stwierdzenia wzrostu p. s. u chorego będzie on musiał myśleć prawie wyłącznie o wzmożonej czynności tarczycy,* licząc się tylko ubocznie z inną rzadką przyczyną tego wzrostu, a uwzględnienie objawów klinicznych uchroni go od błędu.

Do *drugiej grupy* zaliczyliśmy przypadki, cechujące się obniżeniem p. s., nieuwzględniając przypadków z obniżeniem p. s., powstałem po operacyjnem usunięciu tarczycy, bo ten spadek jest jasny i zrozumiały sam przez się. Dla przykładu podajemy przypadki następujące:

Obrzęk śluzowy: M. G. — 20%.

Niedomoga wielogruczołowa: G. A. — 17%; St. O. — 16%; St. L. — 18%.

Otłuszczene: H. Ch. — 10%; Dr. J. H. — 8%; K. F. — 12%.

Do klasycznych przypadków, w których stwierdza się obniżenie p. s., należy przedewszystkiem zaliczyć te, w których mamy do czynienia z obrazem klinicznym obrzęku śluzakowatego, co jest zgodne z licznemi badaniami doświadczalnemi, które wykazują, że po wypadnięciu funkcji gruczołu tarczowego zachodzi trwały spadek p. s.

Większą liczbę przypadków z obniżeniem p. s. stanowią jednak chorzy, u których badanie kliniczne na podstawie całego obrazu chorobowego pozwalało tylko na rozpoznanie niedomogi wielogruczołowej, bez możności ścisłego określenia, który z gruczołów wkrewnych, czy też wszystkie, znajdowały się w stanie zmniejszonej czynności swoistej. Czy obniżająco na p. s. w tych przypadkach wpływała niedomoga tarczycy, czy też innego gruczołu lub obniżenie funkcji całego łańcucha gruczołów wkrewnych, tego nie można było stwierdzić.

Przytaczamy dalej trzy przypadki wybitnego otłuszczenia w których obniżenie p. s. możeby można tłumaczyć niedomogą tarczycy, a może innych gruczołów wkrewnych, czego jednak nie możemy udowodnić, przytaczając sam fakt jako taki. Może to mieć praktyczne znaczenie o tyle, że, w razie leczenia tych przypadków przy pomocy wyciągów tarczycowych, dawkowanie ich należy uzależnić od zachowania się p. s.

W piśmiennictwie są ogłoszone badania nad zachowaniem się p. s. w toku niedomogi gruczołów płciowych. Jedni stwierdzili większy lub mniejszy wpływ na p. s., inni zaś nie zauważyli wogóle jakiegokolwiek wpływu tych gruczołów na p. s. Spostrzeżeń własnych na ludziach wprawdzie nam brak, lecz badania nasze na zwierzętach z wycięciem gruczołów płciowych (dotychczas nieogłoszone) przemawiają za tem, że brak hormonu płciowego wpływa obniżająco na p. s.

Stwierdzenie więc *obniżenia* p. s. u człowieka *pozwala na przyjęcie* pewnej *niedomogi* gruczołów wkrewnych wogóle, *najczęściej* jednak znów *tarczycy,* o czem zdecydować powinny w danym przypadku objawy kliniczne.

Musimy liczyć się jednak także z tem, że działanie obniżające p. s., wywołane niedomogą jednego gruczołu wkrewnego, może być wyrównane przez czynność zastępczą innych, że p. s. może być prawidłowa, mimo niekiedy wyraźnych cech postaciowych upośledzenia funkcji jednego z gruczołów.

Prócz znaczenia rozpoznawczego, posiadają badania p. s. także wartość praktyczną dla *kontroli leczenia* schorzeń gruczołów wkrewnych, przedewszystkiem tarczycy. Zastosowanie badań p. s. w tym celu, głównie w Niemczech i w Ameryce, uzyskało sobie prawie znaczenie podręcznej metody klinicznej, zwłaszcza w leczeniu choroby Basedowa. Badania te wskazują na to, że oznaczanie p. s. pozwala zorjentować się w działaniu stosowanego sposobu leczenia, ocenić jego korzystną lub niekorzystną wartość, tem samem leczenie sprowadzić na właściwe tory.

Z obserwacyj naszych możemy dla przykładu przytoczyć przypadki nadczynności tarczycy, leczone jodem lub naświetlane promieniami Roentgena.

1) Z. H. — Nadczynność tarczycy. P. s. 2. III. 1928 + 17%. Po małych dawkach jodku potasowego, zażywanych przez tydzień p. s. spadła do + 12%, po drugim tygodniu zażywania jodu do + 4%, po trzecim tygodniu + 6%, a w półtora miesiąca po podaniu jodu — 1%; przyczem na tydzień przed ostatniem oznaczeniem chora przestała zażywać jod.

W tym i w innych przypadkach, stwierdziliśmy korzystny wpływ małych dawek jodu, który objawiał się zachowaniem p. s. i uprawniał do dalszego leczenia jodem.

2) F. K. Choroba Basedowa. P. s. przed rozpoczęciem leczenia 29. XI. 1927 + 43%, i 2. XII. + 43%. Po podaniu jodu w małych dawkach w postaci płynu Lugola p. s. 12. XII. 1927 + 42%.

Jod zatem nie wywarł żadnego wpływu na p. s.; w innych zaś przypadkach:

3) C. W. Nadczynność tarczycy. Chora przed rozpoczęciem naszej obserwacji zażywała bez kontroli p. s. jod w małych dawkach przez dłuższy czas. P. s. oznaczona pod koniec zażywania jodu (13. I. 1928), wykazała dość wielki wzrost, bo: + 25%. Wobec tego, że chora nie zauważyła polepszenia objawów, poleciliśmy jej odstawić jod i poddać się częstej kontroli p. s. — bez jakiegokolwiek leczenia. P. s. po odstawieniu jodu zachowywała się następująco: 1. II. 1928: + 35%, 1. III. + 50%, 8. III. + 19%, 22. III. + 17%. Wzrost p. s. po odstawieniu jodu jest prawdopodobnie w związku z przesyceniem organizmu jodem, a późniejszy spadek p. s. wykazuje, że podanie jodu w tym przypadku było przeciwwskazane, czego jednak bez kontroli p. s. nie można było określić.

Przytaczamy dalej przypadki choroby Basedowa, leczone naświetlaniem tarczycy promieniami Roentgena, które, jak wiemy z piśmiennictwa dają najkorzystniejszy może efekt leczniczy i tu oznaczanie p. s. może służyć jako wskaźnik do dalszego leczenia.

4) K. M.: p. s. przed rozpoczęciem leczenia: + 42%, po pierwszej serji Roentgena bezpośrednio po ostatniej dawce spadła na + 35%, a w tydzień później na + 29%. Po drugiej serji naświetlań p. s. wynosiła: — 15%, wobec czego zaprzestano dalszych naświetlań.

5) Sz. A.: P. s. przed naświetlaniem: + 52%, po pierwszej serji Roentgena bezpośrednio: + 33%, a w tydzień później + 34%.

6) G. B. przed naświetleniem: + 14%, po: — 19%.

W tych więc przypadkach był wynik korzystny, tak pod względem p. s. jak i klinicznym.

7) M. J. P. s.: + 85%, spadła po siedmiu naświetleniach Roentgenem zaledwie na + 72%.

W inych zaś przypadkach wystąpił po naświetleniu nawet wzrost p. s., któremu towarzyszyło pogorszenie się objawów klinicznych, jak n. p.:

8) J. H. przed naświetleniem p. s. wynosiła: + 38%, po naświetleniu zaś: + 43%.

Nasuwałoby się pytanie, czy stosowanie antityreoidyny w przypadkach nadczyności tarczycy jak i choroby Basedowa wpływa na wysokość p. s.?

Badań systematycznych w tym kierunku brak nam, w przypadkach jednak ambulatoryjnych badanych dorywczo nie zauważyliśmy nigdzie spadku p. s., co zgadzało się ze spostrzeżeniami klinicznemi i wskazywało na bezwartościowość tego leczenia.

Ważne znaczenie kontrolne posiada p. s. także w sprawach chorobowych, wywołanych niedomogą jednego lub więcej gruczołów wkrewnych, n. p.:

9) M. G. Obrzęk śluzakowaty. P. s. przed leczeniem: — 20%, a po preparatach tarczycowych: + 12%.

10) W przypadku C. M. (twardzina skóry) podawanie preparatów tarczycowych przez dłuższy czas bez kontrolnego oznaczania p. s. doprowadziło do wzrostu p. s. + 26%, i znacznego spadku wagi, jaki chora u siebie zauważyła. Kontrola p. s. z pewnością niedopuściłaby do przedawkowania tarczycą, które należy w tym przypadku przyjąć, jako przyczynę niekorzystnego stanu.

Pamiętać należy o tem, że wzrost p. s. po podaniu preparatów gruczołowych może być tylko czasowo wywołany przejściowym wpływem tych preparatów na przemianę materji, a nie zależy — może — od poprawy samego stanu chorobowego.

Z powyższego zestawienia oraz badań obcych wynika, że *kontrola leczenia schorzeń gruczołów wkrewnych uzyskała w oznaczaniu p. s. środek* pomocniczy ważny także dla praktyki prywatnej.

Lekarz praktyczny — zdaniem naszem — rozpoczynając leczenie n. p. choroby Basedowa, powinien przed leczeniem przeprowadzić zawsze oznaczenie p. s., wpływ leczenia kontrolować temże badaniem i od niego uzależnić wybór metody leczniczej.

Wnioski:

1) Oznaczenie p. s. w schorzeniach gruczołów wkrewnych posiada doniosłe znaczenie rozpoznawcze i pozwala sądzić o natężeniu schorzenia.

2) P. s. jest jednym z najważniejszych wskaźników kontrolnych postępu leczenia w schorzeniach gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu.

3) Lekarz praktyczny w tych schorzeniach, powinien zawsze zarządzić badanie p. s. i na niem opierać wybór metody leczniczej.

OCENY.

Prof. E. Melchior: *„Leczenie pooperacyjne"*. (Nachbehandlung nach chirurgischen Eingriffen). Wyd. J. A. Barth w Lipsku. 1928, stron 340, rycin 32.

„Książka ta jest dla młodych chirurgów drogowskazem i przewodnikiem, a i starzy doświadczeni praktycy znajdą w niej niejedną dobrą radę w chwilach troski o los chorego" — pisze miedzy innemi Borchard, który zachęcił autora do napisania tego dzieła, i ma pod tym względem zupełną słuszność. Leczenie pooperacyjne jest taką samą sztuką, jak ścisłe rozpoznanie choroby, decyzja co do wskazań operacyjnych, jak techniczne wykonanie zabiegu operacyjnego przy właściwem rozwiązaniu operacyjnem każdego poszczególnego przypadku i posiada niejednokrotnie nie mniejsze od nich znaczenie. Nie jest ono bynajmniej zadaniem łatwem i wymaga od lekarza poza sumiennością — wielu wiadomości, spostrzegawczości, szybkiej orjentacji, doświadczenia i niemal pedanterji pod względem ścisłości myślenia. Leczenie to niewątpliwie w wielu przypadkach rozstrzyga o losie chorego. W jednym zabieg operacyjny jeszcze nie usuwa choroby, lecz stwarza jedynie warunki, w których konsekwentnie i celowo przeprowadzone leczenie pooperacyjne może niekiedy chorego uratować, — dla przykładu wspomnę tylko o ropnem zapaleniu otrzewnej. W innych przebieg pooperacyjny związany jest z szeregiem niebezpieczeństw, niejednokrotnie groźnych dla chorego, lub też występują w nim te lub inne powikłania na które chorzy operowani często są narażeni, a którym najtroskliwsza nawet pielęgnacja nie zawsze jest w stanie zapobiec. Dołączają się nieraz cierpienia poważne, nawet same przez się groźne, a że dotyczą nieraz ludzi wyniszczonych przez chorobę i po ciężkim zabiegu operacyjnym — leczenie ich staje się nieraz mocno zawiłem, rokowanie jest poważne i nieraz od szeregu okoliczności zależy los chorego. Stąd zapobieganie ich występowaniu i wczesne odpowiednie leczenie prowadzić jedynie mogą do dobrych wyników leczenia operacyjnego i są w stanie nie jednego chorego utrzymać przy życiu. Gruntownych wiadomości pod tym względem pozwala nabyć długoletnia praca w zakładach kierowanych przez doświadczonych chirurgów, ułatwia je zaś dobra odpowiednia książka. W podręcznikach chirurgji jednak naogół leczenie jest przeważnie mało uwzględniane, względnie za słabo podkreślane. Dzieł zaś specjalnych, poświęconych leczeniu pooperacyjnemu, jest bardzo niewiele i większość z nich nie odpowiada już dzisiejszym wymogom. Rozporządzamy bowiem jedyną książką angielską Lockhardt-Mummery (1916) i francuską Rocharda i Sterna (1923) i kilku niemieckiemi: Reichela (1909), Behrenda (1914), Zandera (1926), ostatnia zaś bardzo dokładna praca Gebelego (1927) uwzględnia jedynie operacje brzuszne. To też nowa książkę Melchiora, omawiającą leczenie pooperacyjne wszystkich przypadków należy z zadowoleniem powitać jako naprawdę potrzebną. Tembardziej, że książka pod każdym względem spełnia swe zadanie, gdyż napisał ją doświadczony chirurg, autor podręcznika chirurgji i wielu prac naukowych i dobry pedagog. Szczęśliwym jest układ książki, różny od innych podobnych podręczników. Autor, jak zaznacza we wstępie, stał początkowo wobec dylematu, czy ująć całe leczenie pooperacyjne subjektywnie, a więc jednostronnie, ograniczając się wyłącznie do metod osobiście przezeń stosowanych i wypróbowanych, czy też uwzględnić wszystkie dotychczasowe doświadczenia lekarskie, stosowane w poszczególnych przypadkach. Ta ostatnia jednak droga w wielu przypadkach pozostawiałaby smemu czytelnikowi, szukającemu w książce rady, wybór z pomiędzy wielu możliwości, który nie zawsze jest łatwy. Podział książki na 2 części: ogólną — objektywną i szczegółową — subjektywną łączy w sobie te oba ujęcia sprawy. Część ogólna, znacznie dłuższa i stanowiąca punkt ciężkości książki, daje odpowiedzi na szereg pytań, związanych z nowoczesną chirurgją i pewne linje wytyczne dla postępowania omawiając zwięźle i treściwie patologję, etiologję, zapobieganie i leczenie poszczególnych stanów okresu pooperacyjnego. W pierwszych 16 rozdziałach omawia autor zasadnicze zadania leczenia pooperacyjnego, a więc: schorzeń zapalnych dróg oddechowych, pooperacyjnych zaburzeń w krążeniu, niedowładu przewodu pokarmowego, biegunek, zatrzymania moczu, bezsenności i bólów, pragnienia, utraty krwi, odżywianiu chorego, jego ułożeniu i czasie wstawania po operacjach. Następne 16 rozdziałów dotyczą wszystkich możliwych powikłań pooperacyjnych bardziej niecodziennych, a więc jest tu mowa: o leczeniu pooperacyjnem cukrzycy, o czka-

wce, późnej śmierci chloroformowej, zatorze tłuszczowym, kwasicy pooperacyjnej, tężyczce, ucisku mózgu, psychozach, zakrzepach i zatorach, zapaleniach: spojówki i rogówki, gardła, ślinianki przyusznej, o krwotokach wtórnych, wypadnięciu jelit i operacyjnem naświetlaniu roentgenem. W części szczegółowej, której układ uwzględnia rodzaj wykonanych zabiegów na poszczególnych częściach ciała, krótko jest przedstawione leczenie pooperacyjne, stosowane w klinice Küttnera. Ma ona za zadanie wskazać właściwą drogę czytelnikowi, który, nie mając osobistego doświadczenia, sam nie może się zdecydować na właściwy wybór postępowania w każdym poszczególnym przypadku. Podczas jednak gdy część ogólna uwzględnia niemal wszystkie metody i środki leczniczej, jakie do ostatnich czasów są polecane w piśmiennictwie, metody polecane przez autora w części szczegółowej są przeważnie stare, wypróbowane i niemal powszechnie używane. Są jednak i tu wyjątkowo polecane pewne sposoby postępowania, na które nie każdy chirurg mógłby się zgodzić. Tak w przypadkach ciężkich ropowic, operowanych z reguły w opasce Esmarcha, punkt ciężkości leczenia pooperacyjnego mieści się w zdaniu, wypowiedzianem przed dwudziestukilku laty przez Küttnera, że I opatrunek zostawać ma możliwie długo, do 8—10 dni, bo do całkowitego spadku ciepłoty i do wytworzenia się demarkacyjnego wału ziarniny, dzięki czemu opatrunek ten jest bezbolesnym i możliwem jest odrazu usunięcie drenu i rozpoczęcie ruchów. Podobne postępowanie czyniłoby leczenie pooperacyjne tych przypadków b. prostem, w rzeczywistości jednak każdy niemal na podstawie własnego doświadczenia mógł stwierdzić, że leczenie pooperacyjne ciężkich ropowic jest trudnem, musi być często w poszczególnych przypadkach indywidualizowanem i wymaga od lekarza wielkiego doświadczenia, mimo którego przebieg tych przypadków nie zawsze jest gładki. Drugą sprawą jest polecane przetaczanie krwi z cytrynianem, podczas gdy naogół przeważa opinja, iż powinno się wykonywać bezpośrednie przetaczanie krwi czystej, i że dodawanie do niej cytrynianu nie tylko nie jest obojętnem, ale nawet szkodliwem. Z temi zastrzeżeniami polecane przez autora w części szczegółowej leczenie pooperacyjne zasługuje na to, aby się na niem wzorować. Książka, według słów autora, przeznaczona jest dla lekarzy początkujących, lecz przynajmniej dla obeznanych z głównemi zasadami chirurgji. Jest ona jednak niezbędną dla każdego lekarza, mającego styczność z chirurgją i winna być dlań książką podręczną.

Jasieński (Kraków).

BIBLIOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie czasopismo lekarskie, Rok V, Nr. 15—16, z 7 czerwca 1928: L. Prussak: O leczeniu zimnicą bezwładu postępującego (dok.). — St. Kramsztyk: O wodach mineralnych naturalnych i sztucznych i o żelazie aktywnem (dok.). — D. Szenkier: Przypadek wrodzonego uchyłka pęcherza moczowego. — I. K. Szpilman: O technice szwu otrzewnowego przy operacji usunięcia wyrostka robaczkowego. — S. Goldflam: O znaczeniu odruchu Rossolimo. — H. Higier: Jajo, owulacja i ciąża a stosunek ich do hormonów jajnika i przysadki. Wczesne rozpoznanie biologiczne ciąży z krwi i moczu (Str. zbior.). — H. Higier: Historja medycyny u nas. — M. Kacprzak: Choroby zakaźne w Polsce w r. 1927 (dok.). — W. Knappe: Rola lekarza praktyka w zwalczaniu chorób zakaźnych (c. d.). — I. Pomper: Ś. p. Aleksander Zawadzki.

Przegląd ubezpieczeń społecznych rok III, dodatek do numeru 5 z r. 1928: Ubezpieczenia społeczne w Polsce w r. 1926. Opracowane w Ministerstwie pracy i opieki społecznej. Część II.

Przegląd ubezpieczeń społecznych, rok III, Nr. 6 z 1 czerwca 1928: Akcja Związku Państwowego w dziedzinie budowy sanatorjów i lecznic uzdrowiskowych. — M. Zając: Ubezpieczenie komisarzy Kas chorych. — Wyrok Najw. Tryb. Adm. w sprawie art. 16, ust. z 19. V. 1920. — T. Makowski: Lekarze a zarządy Kas chorych. — S. Klaczko: Kasa chorych m. Wilna w r. 1927. P. Dziurzyński: Ustawa niemiecka o pośrednictwie pracy i ubezpieczeniu na wypadek braku pracy. — W. Szafran: Sprawozdanie z działalności instytutu stomatologicznego Kasy chorych m. Lwowa za rok 1927.

Rocznik psychjatryczny, rok 1928, zeszyt VIII: Małecki: O heterogennych pierwiastkach urojeniowych w stanach depresyjnych psychozy manjakalno-depresyjnej. — Nelken: Zaburzenia psychiczne przy schorzeniach spoidła wielkiego. — Jankowska: Przypadek ugłośnienia myśli. — Bychowski: W sprawie psychoterapji schizofrenji. — Wichert: Rzadkie objawy wegetacyjne w przypadku padaczki Jacksonowskiej i próba ich lokalizacji.

Lekarz kolejowy, nr. 1, z lutego 1928: Sprawozdanie z II Zjazdu Zrzeszenia lekarzy kolejowych, odbytego w Gdyni w dniach 26—29 kwietnia 1928. — J. Zawadzki: Organizacja pomocy lekarskiej na kolejach Rzeczypospolitej Polskiej. — D. Schaada: Choroby oczu w służbie kolejowej i ich znaczenie (autoreferat). — Machnicki: Ratownictwo kolejowe w wypadkach katastrofy kolejowej. — Lipczyńska: Diagnostyka gruźlicy gruczołów limfatycznych na podstawie Roentgena. — Wyrzykowski: Zarys doraźnej pomocy przy katastrofach kolejowych.

Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa lekarskiego, rok IV, zeszyt 2, za marzec—kwiecień 1928: I. Bohuszewicz: Steryliżacja wody do mycia rąk w umywalniach sal przedoperacyjnych. J. Zienkiewicz: Odczyn Biernackiego u niemowląt z kiłą wrodzoną. — S. Mahrburg: O nadnerczakach. — S. Gogolewska-Löwenhoff: Odczyn mastyksowy w płynie mózgo-rdzeniowym u dzieci. — A. Wirszubski: Błędy w praktyce.

Nowiny lekarskie, rok XL, nr. 9, z 1 maja 1928: L. Padlewski: Ś. p. Jan Danysz. — F. Obarski: W sprawie otruć kwasami stężonemi (octowym, solnym i siarkowym). — W. Mikułowski: Pertussis-encephalitis w wieku dziecięcym. — Z. Bohdanowiczówna: Spostrzeżenia nad zawartością witaminy C w mleku warszawskiem. — K. Vincenz i A. Stadnicki: Doświadczenia z cibalginą. — A. Kozieradzki: Pamiętnik prowincjonalnego lekarza (c. d.) (wydał A. Wrzosek).

Medycyna, rok II, nr. 22—23, z 9 czerwca 1928: E. Lelesz i W. Łapa: Czynnik dopełniający (Witamina B) w hiperglikemji doświadczalnej. — H. Waserman: Z rozważań biologiczno-klinicznych nad gruźlicą. — F. Niewiadomski: Przepuklina pachwinowa, jajnikowa z wadą rozwojową macicy. — W. Missiuro: Współczesne metody selekcji lotników.

Lekarz Polski, rok IV, nr. 6, z 1 czerwca 1928: Ś. p. Aleksander Zawadzki — wspomnienie pośmiertne. — M. Pomorski Fachowcy i nie fachowcy. — St. Czerwiński: Odmowa okazania pomocy lekarskiej. — Wł. Judym: Stanowisko lekarza w demokracji współczesnej (c. d.). — Sęczyc: W obronie ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych. — B. Łada: Lekarz w wojsku. — St. Czerwiński: Odpowiedzialność aptekarzy za pobranie dodatkowej opłaty za lekarstwo wydane w nieodpowiedniej porze. — A. S.: Błahe czy pożyteczne. — M. Zachert: Zakład leczniczy Uniwersytetu Jagiellońskiego dla dzieci jagliczych w Witkowicach. — Z Najwyższego Trybunału Administracyjnego. — Uwagi i spostrzeżenia. — Z organizacyj lekarskich.

Zagadnienia rasy, rok X, tom IV, nr. 1 z marca 1928: I. Bogdanowicz: Psychologja niemowlęcia. — A. Rondthaler: Metoda psychologji indywidualnej. — E. Łuniński: O zawodzie dziennikarza. — B. Koskowski: O zawodzie farmaceuty. — I. Stypiński: O zawodzie urzędnika. — Dział sprawozdawczy.

Wiadomości lekarskie, rok I, nr. 3, z czerwca 1928: Medyński: Konstytucja a wydzielanie wewnętrzne. — Kowalczyk: Kilka uwag w sprawie stosowania dźwigni Sellheima. — Weinbaum: Reumatyzm a Kasy chorych. — Heller: Chemja lekarza praktyka. — Hozer: Luźne uwagi nad statystyką ruchu chorych w Kasach chorych. — Referaty z piśmiennictwa obcego.

Polska dentystyka, rocznik VI, nr. 3 i 4, za maj—sierpień 1928, wydany jako Księga pamiątkowa, z okazji III Polskiego Zjazdu stomatologicznego i 25-letniej rocznicy utworzenia katedry stomatologicznej w Krakowie, pod redakcją prof. Dr. A. Cieszyńskiego. Zawiera: I. Drozdowski: Historja ćwierćwiecza istnienia Instytutu Stomatologicznego U. J. w Krakowie. — Życiorys prof. Dr. Wincentego Łepkowskiego i spis Jego prac naukowych. — G. Coên-Cagli (Rzym): Autonomizm a stomatologja. — Guido Fischer (Hamburg): O nowych wynikach znieczulania miejscowego. — A. Hérpin (Paryż): Rozwój zębów i tkanek zębowych. — G. Izard (Paryż): W jakim wieku należy wykonywać zabiegi ortodentyczne. — I. Jesemsky (Praga): O amyloidowej tkance na korzeniach zębowych. — Fr. Kostecka (Praga): Bezzębne torbiele zawiązkowe. — M. Melchior (Kopenhaga): Zęby a nerwoból nerwu trójdzielnego. — Imm. Ottensen i Th. Thjötta (Oslo-Norwegja): Bakterjologiczne badania po wyjałowieniu zakażonych przewodów korzeniowych. — M. Roy (Paryż): Ropotok zębodołowy, jego patogeneza i leczenia. — Siro Taviani (Florencja): Niektóre powikłania wskutek stoso-

wania szczepionki wśródustnie przy ropotoku zębodołowym. — I. Tallier (Lyon): Rozwój zapobiegawczej higjeny jamy ustnej. H. Allerhand: Najlepszy środek wypełniania korzeni. — A. Cieszyński: Nowy typ szyny posuwistej dla aparatów ortopedycznych przy silnem tarciu składowych części szyny. — A. Cieszyński: Rozmieszczenie lekarzy dentystów i stomatologów w Polsce. — Skutki ustawy dentystycznej z r. 1927. — Czy i jak należy uregulować nauczanie stomatologji w Polsce. — J. Jarząb: Bakterjologiczna ocena naszych rękoczynów podczas leczenia i wypełnienia korzeni ze szczególnem uwzględnieniem jałowości dmuchadła dentystycznego. — E. Mancewicz: O nowym sposobie badania i leczenia zatoki szczękowej. — Wł. Skutecka: Stosowanie środków leczniczych wewnętrznych w chorobach jamy ustnej i zębów. — A. Chiavano (Rzym) i A. Cieszyński (Lwów): Złote zasady lekarza-dentysty.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo niemieckie.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 17.

Prof. Schiling (Berlin): *O erytrokontach w niedokrwistości złośliwej i w schorzeniach do niej zbliżonych.* Autor stwierdził w ciałkach czerwonych obecność pałeczek w wielkości 2—4 μ Spotykał je głównie w niedokrwistości złośliwej, gdzie w 39 przypadkach ich obecność wykazał, podobnie jak i w 3 przypadkach białaczki limfatycznej, w białaczce ostrej i w kile. Najłatwiej można je wykazać używając metody grubej kropli z silniejszym roztworem Giemsy.

Dr. Marx (Bonn): *O działaniu kąpieli świetlnych w hipertonji.* Autor stwierdził korzystny wpływ kąpieli świetlnych na poziom ciśnienia krwi u hipertoników, u których tą metodą autor uzyskiwał wydatne obniżenia ciśnienia. Z tego powodu zaleca tę metodę jako dobry środek leczniczy.

Nr. 18.

Dr. P. Schmidt, Osnabrück (Frankfurt): *Organoterapja i leczenie insuliną w endogennych zaburzeniach umysłowych.* W kilku przypadkach zaburzeń umysłowych pozostających w związku z dysfunkcją jajników, stwierdzono poprawę po agomensynie. Leczenie insuliną okazało się korzystne, u osobników neuropatycznych, wycieńczonych zwiększając ich wagę i wzmacniając, natomiast po dawkach dużych można było usunąć wstręt do jedzenia (60—80 jedn.). Dobre wyniki lecznicze po organoterapji nasuwają przypuszczenie istnienia ścisłej łączności między zaburzeniami psychicznemi a czynnością gruczołów wkrewnych

Nr. 19.

Th. Wedekind (Koeln): *Pylica a gruźlica płuc.* Autor zwraca uwagę na fakty stwierdzone w piśmiennictwie, że u górników w kopalniach węgla gruźlica stanowi odsetek nie duży. Autorowi udało się uzyskać zapomocą dożylnych wstrzykiwań zawiesiny pyłu węglowego u królików zakażonych gruźlicą wyleczenie tegoż procesu nawet w przypadkach ciężkich. Zjawisko powyższe tłumaczy podrażnieniem układu siateczkowo-śródbłonkowego i zwiększeniem sił obronnych.

V. Schilling (Berlin): *Leczenie niedokrwistości zapomocą wątroby.* Podczas leczenia wątroba niedokrwistości złośliwej stwierdzał autor znikanie opisanych przez siebie erytrokontów. Co się tyczy tła tej choroby sądzi, że jej przyczyna nie leży w szpiku kostnym. Wątroba może w tej chorobie być narządem albo pierwotną przyczyną lub też może być narządem schorzałym wtórnie.

Nr. 20.

H. Steinitz (Berlin): *Przyczynek do patogenezy żołądkowej tężyczki.* Autor opisuje 2 przypadki: pierwszy dotyczył zwężenia oddźwiernika na tle wrzodu, drugi zaś dotyczył zwężenia dwunastnicy z powodu nowotworu. W obu przyp. pojawiła się tężyczka. Ze względu na to, że w obu razach były silne wymioty, odnosi autor objawy tężyczki do zubożenia chorobowego ustroju.

Th. Ehmer, J. Hammerschmidt: *O siedlisku odczynu anafilaktycznego.* Autor zapomocą wstrzykiwania zarazków u myszy i wywoływania w ten sposób ogólnego zakażenia uzyskiwał wybiórcze zblokowanie układu siateczkowo śródbłonkowego. Dzięki temu zdołał zapobiec odczynom anafilaktycznym. Na tej podstawie wnosi, że aparat siateczkowo-śródbłonkowy jest siedliskiem wstrząsu anafilaktycznego.

Z. Tomanek.

Gruźlica.

Beitrag zur Klinik der Tuberkulose.

Tom 65.

E. Möller: *Zakażenie przewlekłe mieszane w przebiegu gruźlicy płuc i jej leczenie za pomocą Omnadiny.* Autorka badała plwociny, stosując metodę Koch-Kitasato; 100 przypadków gruźlicy płuc o postaci przeważnie jamistej; w 58% przypadków stwierdziła zakażenie mieszane; 42% przypadków okazały się jałowe.

Autorka uważa jako objaw różniczkowy tych dwu grup częstsze skoki gorączkowe przy zakażeniu mieszanem; pośród przypadków jałowych było tylko 16,6% z takiemi skokami, zaś wśród przypadków o zakażeniu mieszanem 53,4%.

Jako metodę leczniczą autorka stosowała zastrzyknięcia omnadiny. Ta nieswoista szczepionka może prowadzić do wytworzenia nietylko nieswoistych, ale też i swoistych ciał obronnych.

Autorka stosowała omnadinę w 20 przypadkach gruźlicy o przewlekłem zakażeniu mieszanem. W niektórych przypadkach stosowano zastrzyknięcia w ciągu 3 pierwszych dni po dwa razy dziennie, następnie po jednem dziennie; w innych przypadkach przez cały czas leczenia — po jednem dziennie. W żadnym przypadku nie widziano ani ciężkiego odczynu ogólnego, ani silnego odczynu gorączkowego.

W większości przypadków przy badaniu krwi stwierdzono zwiększenie się monocytów i kwasochłonnych. Pośród tych 20 przypadków zakażenia mieszanego w 4 przypadkach były wyłącznie gronkowce, w 2 przypadkach gronkowce i paciorkowce; wyłącznie paciorkowce w 10 przypadkach, w 2 przypadkach paciorkowce i gramoujemne kokki; hemolityczne paciorkowce w 2 przypadkach.

W 12 przypadkach na 20 osiągnięto jałowość plwociny stałą, w 2 jałowość przejściową, w 6 przypadkach jałowość nie uległa zmianie. Skoki gorączkowe, które stwierdzono w większości przypadków, po zastosowaniu leczenia nie powtarzały się więcej.

O. S. Kasarnowska: *O zmianach w układzie wkrewnym trzustki pod wpływem toksemji gruźliczej.* Na III Kongresie rosyjskim gruźliczym prof. Sternberg wypowiedział po raz pierwszy tezę, że o ile formułka endokrynologiczna wpływa na przebieg gruźlicy, to i gruźlica wpływa na gruczoły wkrewne — następuje wśród nich zmiana korrelacji.

Długotrwała intoksykacja gruźlicza nie pozostaje bez wpływu na narządy wkrewne. W przebiegu schorzenia tarczyca naprz. ulega najpierw zmianom czynnościowym, później anatomicznym, znajdującym wyraz najpierw w hiperfunkcji, przy dalszym zaś rozwoju toksemji w hipofunkcji, a w końcu w aplazji narządu (Sternberg). Większość przypadków materjału sekcyjnego, badanego przez Kasarnowską wykazało połowę normalnej wagi tarczycy. Przypuszczać należy, że intoksykacja działa nietylko na tarczycę.

Doświadczenia ze zwierzętami dowiodły, że długotrwałej toksemji gruźliczej towarzyszy przerost układu wydzielania wewnętrznej trzustki. Przypadek o normalnej ilości wysepek może służyć jako potwierdzenie tego wniosku — nie należał on bowiem do ciężkich postaci: chore było jedno tylko płuco, objawy intoksykacji były nieznaczne, pacjent był zdolny do pracy i zmarł na przygodną chorobę z powodu obrzęku głośni.

Dwie są okoliczności składające się na przerost wysepek Langerhansa. 1° stan tarczycy — gruźlica w późniejszych okresach prowadzi do osłabienia czynności tarczycy i tem samem powoduje przerost układu insularnego; 2° zanik aparatu gruczołowego o dwojakiej sekrecji prowadzi, jak to wykazują doświadczenia Steinacha, Bautinga, Kolliby, Besta i Rozdestwenskiego, do wzmożenia części o wydzielaniu wewnętrznem.

Uzasadnione zatem jest przypuszczenie, że toksemja gruźlicza, działająca na gruczołową część trzustki, powoduje tem samem rozrost wysepek Langerhansa.

Fakt, że daleko posunięta toksemja u gruźlików przebiega ze znacznie wzmożonem wydzielaniem wewnętrznem trzustki w porównaniu do normy, objaśniałby rzadkie stosunkowo współistnienie gruźlicy z cukrzycą. Z drugiej zaś strony przerost układu wkrewnego trzustki, zmiany w części wkrewnej gruczołów seksualnych i upadek czynności tarczycy ,towarzyszące daleko posuniętej gruźlicy, objaśniają duże zmiany zachodzące w formułce endokrynologicznej pod wpływem toksemji gruźliczej i różny przebieg choroby pod wpływem właściwości konstytucji.

M. Boroch, P. Wovsi i G. Rausmann: *O glikemji przy gruźlicy przewlekłej.* W celu stwierdzenia, czy poziom cukru we krwi wykazuje pewną stałość i czy podlega jakimkolwiek prawidłom, autorzy zbadali 92 przypadki o wyraźnych objawach klinicznych gruźliczych. Krew pobierano na czczo w pozie leżącej,

po 12—15 godzinach niejedzenia. Wieczór przed badaniem chory otrzymywał pożywienie zwykłe w umiarkowanej ilości z przewagą wodanów węgla. Krew pobierano z palca i badano podług Hagedorn-Jansena.

Wyniki o szerokich wahaniach w granicach 0,04—0,05 do 0,14 nie podlegały, zdawałoby się, żadnym prawidłom. Tak samo niestałe dane otrzymali autorzy po podaniu dożylnie adrenaliny (1 cm 1‰ świeżo przygot. rozczynu). Próby na cukier pobierano przed zastrzyknięciem adrenaliny i co 10 minut w ciągu godziny po zastrzyknięciu.

Jedne krzywe wykazywały strome wzniesienie — inne przeciwnie opadały nisko, jeszcze inne wykazywały znaczne wahania. Ta rozmaitość okazała się jednak tylko pozorną — po bliższem przejrzeniu się występuje pewna prawidłowość. W krzywych poadrenalinowych kształt zależy od poziomu cukru przed zastrzyknięciem. Zawartość cukru 0,05—0,08 mg zawsze prawie prowadzi do stromego wzniesienia krzywej po adrenalinie — większa zawartość cukru prowadzi do głębokiego snu. W zależności od działania adrenaliny wszystkie przypadki podzielić można na 2 grupy.

1) O zawartości cukru nie przekraczającej 0,08 mg i

2) O normalnej lub zlekka zwiększonej ilości cukru 0,08 mg i więcej.

Każdej z tych grup odpowiada określony stan kliniczny. W przypadkach daleko posuniętych, o złem rokowaniu zawartość cukru była niska — poniżej 0,08—0,05. Inne przypadki o rokowaniu lepszem miały zawartość cukru wyższą — 0,08—0,13 i 0,14. Ani charakter, ani niedostateczne odżywienie, ani też zmiany w wątrobie u gruźlików — nie tłumaczą obniżonej zawartości cukru we krwi. Hipoteza Lundberga, że tkanka gruźlicza wytwarza substancje podobne do insuliny — parainsulinę i przy rozległych zmianach powoduje hipoglikemję — jest mało ugruntowana. Drgawki, wywołane przez zastrzyknięcie wyciągów z ognisk gruźliczych nie są przekonywujące — nie dowodzi to bowiem obecności insuliny. Ale gdyby nawet z pewnością wykazano obecność insuliny w ogniskach gruźliczych, to i wtedy miejsce pochodzenia insuliny nie byłoby tem samem określone — odkładanie się insuliny może nastąpić w różnych tkankach. Istnieje zresztą kategorja gruźlików o rozległych zmianach w płucach, u których poziom cukru nie jest obniżony.

Zdaniem autorów badania Kasarnowskiej dostatecznie objaśniają glikemję przy gruźlicy. Niezależnie od tego, czy przerost komórek Langerhansa zależy od wpływu bezpośredniego toksyn gruźliczych na trzustkę, czy też gra tu rolę wyczerpanie tarczycy w końcowych okresach gruźlicy, przerost ten wzmaga się równolegle ze wzmożeniem intoksykacji gruźliczej — równolegle też spada zawartość cukru we krwi.

W sprawach mało posuniętych czynność układu insularnego nie jest wzmożona, lub też nie jest wzmożona o tyle, by mogła hipoglikemję wywołać. Stąd różne wnioski u różnych autorów. Decyduje bowiem nie obecność ogniska gruźliczego, lecz stopień i czas trwania intoksykacji.

Autorzy przypuszczają, że zmiany poziomu cukru we krwi pod wpływem adrenaliny objaśnić można stanem układu insularnego.

Barath uzależnia działanie adrenaliny w dużym stopniu od dawkowania — małe dawki 0,01 mają działanie odwrotne t. j. obniżają poziom cukru. Kylin, Boroch, Wovsi i Rausmann otrzymali przy tych dawkach zwiększenie poziomu cukru.

Kylin przypuszcza, że działanie adrenaliny zależy od stopnia równowagi kalium i calcium w cieczy tkankowej.

Zondek i Uch uzależniają działanie hormonalne od nastawienia koncentracji jonów — odczyn na inkrety uchyla się od normy w zależności od zmian koncentracji jonów.

Nie uwzględniono natomiast, że wzmożenie lub obniżenie zawartości cukru po zadziałaniu adrenaliną zależy od pierwotnego poziomu cukru.

Po dawkach adrenaliny następuje hiperadrenalismia — jednocześnie następuje zaburzenie równowagi pomiędzy adrenaliną i insuliną. Ustrój dąży do wyrównania zachwianej równowagi przez kompensacyjne wzmocnienie aparatu insularnego. Przy obniżonej zawartości cukru aparat insularny jest w stanie przerostu, czynność jego jest wzmożona. Wprowadzenie niedużej ilości adrenaliny nie podnosi jego czynności — równowaga, przynajmniej na czas działania adrenaliny, nie może być przywrócona i stąd wynika hiperglikemja. Inaczej dzieje się, gdy zawartość cukru przekracza wspomniany wyżej poziom. Układ insularny nie jest jeszcze w stanie hiperfunkcji — pod wpływem intoksykacji i ciągłego podrażnienia może on być jednak w stanie wzmożonego pobudzenia. Najlżejsze zaburzenie równowagi adrenalino-insulinowej po małych już dawkach adrenaliny pobudza aparat insularny i prowadzi do zmniejszenia zawartości cukru.

Glikemja w różnych okresach gruźlicy płuc, jakoteż zmiany jej pod wpływem działania adrenaliny znalazłyby wyjaśnienie w stwierdzonych przez Kasarnowską zmianach histologicznych, mianowicie — w przeroście układu insularnego pod wpływem długotrwałej gruźlicy przewlekłej.

P. Hecht i P. Bonem: *Przemiana wodanów węgla i gruźlica płuc.* W ciągu dwu lat ostatnich Hecht wykonywał badania nad przemianą wodanów węgla, poziomem cukru we krwi i regulacją cukru we krwi przy gruźlicy przewlekłej. Na podstawie badań 75 przypadków gruźlicy przewlekłej autorzy doszli do wniosków następujących:

1) Poziom cukru we krwi na czczo nie był wzmożony ponad normę ani u gruźlików gorączkujących, ani u niegorączkujących.

2) Początkowe sprawy szczytowe wykazywały wartości normalne, nie rzadko na górnej wysokości normy. To samo tyczyło się spraw nieczynnych, wyleczonych klinicznie.

3) Rozległe, anatomicznie i klinicznie czynne postaci gruźlicy wykazują najczęściej wartości cukru we krwi na dolnej granicy normy, w znacznej nawet ilości przypadków wartości subnormalne, czasem dość znaczne obniżenie poniżej poziomu normalnego.

4) Nie spostrzegano zależności od wysokości i przebiegu ciepłoty. Zarówno gorączkujący, jak i niegorączkujący przy daleko posuniętej gruźlicy wykazywali wartość hipoglikemicznie na czczo — hipoglikemja nie była zależna ani od ilości, ani od jakości pokarmów.

5) Obciążenie pokarmowe (20 g dekstrozy podług Stauba) wykazało u wielu gruźlików hipoglikemicznych zaburzenie w regulacji cukru, powolny wzrost i dłuższe trwanie względnej hiperglikemji. Przy innym zaś typie — bardzo powolny wzrost, silne wahania hipoglikemji poniżej poziomu na czczo. Są to próby w spokoju.

Landau, który w roku ubiegłym poddawał badaniu cukier we krwi przy gruźlicy przewlekłej, opisuje zmiany występujące u ciężko chorych gruźlików po półgodzinnej pracy mięśniowej.

Spostrzeżenia kliniczne i badania doświadczalne wskazują, że przemiana wodanów węgla przy gruźlicy przewlekłej stoi w związku z zaburzeniami czynności wątroby.

Badania zwłok w ciężkich przypadkach suchot wykazuje nacieczenie tłuszczowe narządu. Zaburzenia te można wykazać już in vivo.

U ciężko chorych gruźlików w przypadkach Hechta i Bonema próba urobilinogenowa była naprzemian dodatnia i ujemna. Próba z galaktozą dawała wyniki częściowo dodatnie, częściowo ujemne: zależy ona, jak wiadomo, od stopnia schorzenia wątroby. Wynik ujemny świadczy tylko o zachowaniu wydolności czynnościowej pewnych cząstek wątroby. Zaburzenia w regulacji cukru we krwi przemawiają za tem, że skład glikogenu w ustroju ma znaczenie dla zdolności asymilacji wodanów węgla. Chory, szczególnie suchotnik, wykazuje uderzającą redukcję substancji ciała, przyczem następuje zubożenie ustroju, szczególnie zaś wątroby, w glikogen.

Autorzy przeprowadzili badania w celu wyjaśnienia wahań glikogenu pod wpływem zakażenia gruźliczego. Z doświadczeń tych wynika, że wątroba w ustroju gruźliczym bardzo rychło stracić może zdolność do fiksacji glikogenu.

Niektóre objawy kliniczne u ciężko gruźliczych, jak skłonność do normalnych i subnormalnych temperatur przy rozległych często schorzeniach, dadzą się przyrównać do objawów eksperymentalnych przy chronicznem zubożeniu cukru we krwi.

Wyniki badań nad przemianą wodanów węgla u gruźlików mają nietylko teoretyczne znaczenie, lub tylko dla specjalnej kombinacji gruźlicy i cukrzycy. Doświadczenie lat ostatnich o czynności wątroby przy podawaniu różnego pożywienia pozwoli, być może, przez odpowiednią, oszczędzającą czynność wątroby, przez skąpą dietę przy chorobach infekcyjnych, szczególniej zaś przy gruźlicy, przeciwdziałać utracie glikogenu, by w ten sposób wpływać dodatnio na zmiany ogólne. Osiągnięta jest poprawa nie tylko objawów cukrzycy, lecz i zmian gruźliczych przez odpowiednią dietę i insulinę jest w tym kierunku początkiem znamiennym.

Tom 66.

O. Ziegler i W. Curschmann: *Nowy przyczynek do jakościowego rozpoznawania zmian gruźliczych.*

Artykuł polemiczny. Odpowiedź Rickmannowi i Gräffemu.

Autorzy, nie negując zupełnie istnienia samoistnych spraw wysiękowych i wytwórczych, bronią swego dotychczasowego stanowiska co do niemożliwości — za wyjątkiem nieznacznej ilości wyraźnych przypadków — ustalania intra vitam jakościowego rozpoznawania w gruźlicy.

Ani przebieg kliniczny (współistnienie w jednym i tym samym przypadku ognisk wysiękowych i wytwórczych, łagodny czasami

przebieg w sprawach o charakterze wysiękowym i złośliwy w niektórych sprawach o charakterze wytwórczym), ani obraz rentgenologiczny (t. zw. formy rozetki mogą odpowiadać obydwu sprawom; identyczne często obrazy ognisk wytwórczych ze zmianami łączno-tkankowemi — z jednej strony i ognisk wysiękowych z otoczką łączno-tkankową — z drugiej) nie dają pewnego oparcia dla różniczkowania tych spraw. Podział na sprawy wysiękowe i wytwórcze ma za podstawę zmiany anatomiczne. Dokładne zatem różniczkowanie ma być przeprowadzone jedynie na mocy badania anatomicznego.

Dzięki powyższemu nie zostaje osiągnięty praktyczny cel wszelkiego różniczkowania — możność rokowania, tembardziej, że b. często różniczkuje się a posteriori, na zasadzie przebiegu klinicznego, co, jak wyżej wspomniano, nie zawsze odpowiada faktycznemu stanowi rzeczy.

Dla rokowania główne znaczenie ma konstatowanie skłonności do włóknistego przebiegu zmian.

M. J. Gutman: *Odnajdywanie barwionych laseczników Kocha w jasnem i ciemnem polu widzenia mikroskopu.* Dodatnie strony badania odnośnych preparatów w jasno-ciemnem polu mikroskopu są następujące:

1) Odnajdywanie laseczników jest ułatwione, samo szukanie nie tak męczące.

2) Widoczną staje się dalcko większa ilość laseczników, niż w jasnem polu.

3) Barwa kontrastowa nie zakrywa laseczników i nie przeszkadza badaniu innych składowych części plwociny.

4) Jednoczesne badanie i kontrola preparatu w jasnem i ciemnem polu czyni rozpoznanie pewniejsze.

5) Badanie może samodzielnie przeprowadzić każdy lekarz praktyk.

A. Genersich: *Rentgenologja i rentgenografja gruźlicy płuc.* Obraz rentgenologiczny zależny jest od tylu rozmaitych czynników i ich najrozmaitszych kombinacyj, że o zupełnie dokładnym obrazie zmian w płucach trudno jest mówić.

Autor robił następujące doświadczenie: umocowywał identyczne płytki cynkowe z jednakowo wyrytemi na nich cyframi — jedną na przedniej, drugą — na tylnej powierzchni klatki piersiowej i, w zależności od umiejscowienia, otrzymywał rozmaite obrazy: umocowanej na tylnej powierzchni — powiększone, zamazane, z niejasnemi konturami, i odwrotnie — umocowanej na przedniej powierzchni — zmniejszone, wyraźnie odgraniczone.

Ta sama zależność obrazu rentgenologicznego od umiejscowienia obowiązuje i dla ognisk płucnych: położone bliżej promienia centralnego dają obrazy powiększone, zamazane, które prócz tego zakrywają sobą inne ogniska, czyniąc je bardziej mglistemi lub okrążonemi przeźroczystą obwódką. Dzięki temu ogniska wytwórcze, leżące bliżej promienia centralnego mogą dawać obrazy ognisk wysiękowych, a wysiękowe — leżące dalej od niego — obrazy ognisk wytwórczych, lub nawet włóknistych.

Z tego względu, ażeby mniej więcej zdać sobie sprawę z rzeczywistego obrazu, należy najsampierw określić umiejscowienie ogniska w kl. piersiowej. Dzieje się to przez obracanie chorego i przesuwanie rury.

Wszystkie ogniska położone przed średnią czołową płaszczyzną, t. j. bliżej ekranu, dają przy obracaniu chorego przesuwanie się cienia w tym samym kierunku: wszystkie, położone za tą płaszczyzną, t. j. w pobliżu promienia centralnego — przesuwanie w odwrotnym kierunku.

Odległość ogniska od powierzchni płuc mierzy się stopniem przesuwania cienia: maksimum przesuwania bliżej powierzchni klatki piersiowej, minimum — w okolicy wnęk.

Wszystkie cienie płucne przy przesuwaniu rury w płaszczyźnie czołowej przesuwają się w odwrotnym kierunku. Głębokość, na jakiej dane ognisko się znajduje, mierzy się stopniem przesuwania rury: maksimum — w pobliżu promienia centralnego, minimum bliżej ekranu.

Orjentowanie się w otrzymywanych najrozmaitszych kombinacjach ułatwia się znacznie, jeżeli przy prześwietlaniu, zarówno tylno-przedniem, jak i przednio-tylnem, zwracać uwagę przy obracaniu chorego jedynie na cienie, przesuwające się w tym samym kierunku.

W ten sposób wykluczamy z pod oglądania ogniska, położone bliżej promienia centralnego, a więc powiększone i zamazane.

Sposób ten nie nadaje się dla ognisk mezofrontalnych, położonych centralnie, ponieważ nie mogą one być przesuwane bliżej ekranu i dają wyraźniejszy cień jedynie przy dość znacznej odległości rury.

Co się tyczy rentgenografji, to obrazy odpowiadające rzeczywistości, można otrzymywać jedynie przy odległości rury — 80 cm.

Zwykła odległość — 60 cm — daje cienie powiększone i zamazane i dokładnie oddaje jedynie ogniska, położone bliżej filmu.

To są mniej więcej oryginalne uwagi autora. Reszta artykułu poświęcona jest omawianiu ogólnie znanych prawideł i sposobów prześwietlania, ich stronom dodatnim i ujemnym.

K. B. G. (Łódź).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Protokół posiedzenia z dnia 21. II. 1928 r.

Przewodniczący: Prezes K. Zieliński.

Obecnych członków — 37.

Wprowadzonych gości — 19.

1. Kol. Tyczka W.: *Jamistość rdzenia — Pęcherzyca.*

Prelegent przedstawia chorą, cierpiącą na syringomyelję z powodu objawów troficzno-skórnych. Chora zauważyła po raz pierwszy w r. 1920, że na skórze przedramienia lewego po wewnętrznej stronie utworzył się pęcherz, wielkości jaja gołębiego. Zrazu był on wypełniony zawartością jasną, która w kilka dni później uległa zmętnieniu. Po pęknięciu pęcherza i wylaniu się zawartości ropnej pozostało owrzodzenie, bardzo trudno gojące się. Od tego czasu aż do dnia dzisiejszego tworzą się u chorej okresowo na skórze pęcherze, bez jakiejkolwiek uchwytnej przyczyny. Wyprzedza je zwykle gorsze, przez dwa dni trwające samopoczucie, lekkie dreszcze, a czasem nawet gorączka. Z chwilą wystąpienia pęcherzy objawy te ustępują, a dalsza sprawa aż do wygojenia przebiega zupełnie bezboleśnie. Miejscem wytwórczem pęcherzy rozmaitej zresztą wielkości od małych aż do wielkości dłoni, jest: okolica prawej łopatki, podżebrza po tej samej stronie, oba barki i łokcie. Jako ślady po pęcherzach utrzymują się rozległe, przerosłe blizny.

Występowanie całego szeregu najrozmaitszych zmian na skórze w przebiegu jamistości rdzenia nie należy do rzadkości — szczególniej, gdy chodzi o pęcherze. Zwykle występują one jednak wskutek bodźców cieplnych w obszarach analgetycznych, rzadziej zaś — jak to się dzieje w tym przypadku — bez widocznej przyczyny, a więc samoistnie i z tak częstemi nawrotami.

Okresowe stałe pojawienie się pęcherzy prawie tylko w tych samych dermatomach i to właśnie w tych, które najwięcej ucierpiały wskutek jamistości — a nie pojawianie się ich mniej albo wcale niezajętych, świadczy o ścisłej ich zależności od schorzenia rdzenia. Zmiany pęcherzowe należałoby w tym przypadku wiązać z zajęciem przez sprawę anatomiczną jąder sympatycznych w rdzeniu. Za tem zdaja się też przemawiać skórne plamy barwikowe, dość symetrycznie zgrupowane, dalej zaburzenia potowe i włosoruchowe, w tych właśnie obszarach przedewszystkiem występujące.

Kol. Goldberg H.: *Dwa przypadki gruźlicy in luetico.* Prelegent przedstawia dwa odpowiednie przypadki i dowodzi, że gruźlica płuc u osobników z kiłą w późnych okresach przebiega w postaci *tuberculosis fibrosa.*

Kol. Landau A., Jochweds B. i Pekelis R.: *Dwa przypadki infantilizmu.* Prelegenci przedstawili przypadek I — zaburzenie wielogruczołowe w postaci zahamowania rozwoju na poziomie lat 12-tu u chłopca 18-letniego i przypadek II — Niedomoga gruczołów płciowych i przysadki u chłopca 20 letniego w postaci smukłej i wysokiej budowy, braku owłosienia i niedorozwoju jąder i prącia.

Kol. Jan Zaorski: *Dwie kłute rany serca, wyleczone operacyjnie* (pokaz przypadku).

W nocy 1 lutego przywieziono do kliniki chorego z raną kłutą klatki piersiowej, zadaną przed 20 minutami. Lekarz dyżurny (Dr. Rumaniecka) stwierdziła ranę kłutą długości 1,5 cm nad IV żebrem, na palec w lewo od brzegu mostka. Tętno 130 o wypełnieniu zmiennem. Granica stłumienia serca powiększona w lewo i w prawo. Tony serca głuche, zlewające się. W kilkanaście minut później tętno przerywane, granice stłumienia serca narastają sinica warg; chory chwilami traci przytomność. Wobec powyższego rozpoznano drążącą ranę kłutą serca, krwotok do osierdzia, tamponadę serca.

Wezwany natychmiast do kliniki potwierdziłem rozpoznanie i przystąpiłem do zabiegu.

W uśpieniu morfinowo-eterowem wykonałem cięcie płatowe, którego podstawa leżała na mostku, język zaś płatowy leżał nad II, IV i V chrząstką żebrową. Przecinając w ten sposób płat skór-

ny chciałem następnie przeciąć podokostnowo III i IV żebro i odchylając płat skórno-żebrowy w kierunku mostka, umożliwić sobie dojście do osierdzia. Stan jednak chorego pogarszał się, trzeba było się spieszyć, więc zamiast odchylić wyciąłem zupełnie chrząstki III i IV żebra. W ten sposób uzyskawszy dostęp do wnętrza klatki piersiowej odsłoniłem okolicę osierdzia i stwierdziłem, że tkanka łączna i tłuszczowa,pokrywając w tem miejscu przednią jego ścianę, jest obficie nacieczoną krwią; widocznie płuco lewe zupełnie skurczone. Chcąc odsłonić ścianę osierdzia, przeciąłem nacieczone tkanki i doszedłszy w ten sposób do osierdzia, otworzyłem je na długość 5 cm. W tej chwili wielka ilość krwi płynnej i skrzepów wylała się z osierdzia, wyciśnięta rozkurczem serca. Powtórzyło się to jeszcze znaczniej podczas następnego rozkurczu i wtedy spostrzegałem ranę serca, z której podczas skurczu komory prawej wylewała się obficie krew. Natychmiast uchwyciłem ją jednym szwem, zakładając następnie 2 dalsze. Po zeszyciu tej rany, okazała się później druga większa, też mocno krwawiąca. Założyłem i na to 3 szwy katgutowe. Zeszywszy serce, opróżniłem z krwi wylanej i skrzepów osierdzie i opłucną lewą. Każdy z tych worków zeszyłem następnie na głucho, tak samo jak ranę skórną.

W pierwszych dniach wystąpiło wzniesienie ciepłoty, nieregularność tętna i „bolesność" podczas ruchów oddechowych, które wkrótce ustąpiły i chory po 3-ch tygodniach opuścił klinikę — uleczony. (Streszczenie własne).

Kol. Karbowski: *Technika bronchografji.* Technika wprowadzania środków kontrastowych do oskrzeli nie jest jednolita. We Francji stosują przeważnie metodę chirurgiczną. Zapomocą trójgrańca przekłuwają przestrzeń między chrząstką pierścieniowatą a tarczykową. Prostsze są metody wewnątrzkrtaniowe. Można się w nich posługiwać zgłębnikiem dwunastniczym, bronchoskopeią. Galitzer podał tę metodę połykową — gardziel, krtań, tchawicę i oskrzela należy możliwie dokładnie znieczulić; po wystąpieniu dostatecznego znieczulenia dajemy choremu do picia 40%-ową jodipinę; część płynu dostaje się do oskrzeli. Metodą prostą, a dla chorego mało uciążliwą jest wprowadzenie zarówno środka znieczulającego, jak i płynu kontrastowego zapomocą zwykłej strzykawki krtaniowej. Jeżeli chcemy wprowadzić płyn kontrastowy do prawego płuca, to kierujemy prąd środka kontrastowego na prawą strunę głosową, a chorego przechylamy w stronę prawą. Badając lewe płuco, wykonywamy takie same czynności po stronie lewej. W ten sposób udaje się nastrzyknąć oskrzela dolnych płatów. Nadając choremu położenie poziome lub Trendelenburga i zmuszając jednocześnie chorego do pokasływania, udaje się nastrzyknąć i górne płaty. Przeciwwskazaniem do bronchografji są: ostre stany dróg oddechowych, gruźlica, ogólny b. ciężki stan. (Streszczenie własne).

Kol. Landau A. Jochweds B i Pekelis R.: *Stosowanie kliniczne bronchografji.* Wskazania: rozstrzenie oskrzelowe, ropienia głębokich odcinków narządu oddechowego, zabiegi chirurgiczne, „nieme" jamy, przetoki płucne, nowotwory płuc.

Przeciwwskazania: gruźlica płuc, ciężki stan ogólny, ostra choroba gorączkowa.

Chorzy znoszą zabieg (wstrzykiwania zapomocą strzykawki krtaniowej) doskonale. Masa kontrastowa pozostaje w płucach przez szereg miesięcy. Wpływ leczniczy jest b. nieznaczny. (Praca ukaże się w druku — streszczenie własne).

W dyskusji Kol. Wąsowicz: W wyjątkowych przypadkach udaje się wprowadzić do płuca oliwę jodową inną drogą, niż przez tchawicę. Mówca przytacza przypadek, dotyczący chorego po przebytem wysiękowem zapaleniu opłucnej, u którego po trzech miesiącach choroby stwierdzono nakłuciem klatki piersiowej obecność zbiorowiska ropy. Przypuszczając istnienie ropniaka międzypłatowego, wprowadzono oliwę jodową bezpośrednio po wydobyciu ropy. Jednak badanie radjologiczne wykazało, że wbrew danym wywiadu wykryte zbiorowisko ropy nie było ropniakiem międzypłatowym, lecz ropniem w dolnym płacie płuca, powstałym po przebytem zapaleniu opłucnej. (Streszczenie własne).

Kol. Grudziński Z.: W spotykanych przez mówcę przypadkach bronchografja okazywała się niezmiernie pożyteczną dla kliniki, gdyż rozpoznanie, które przedtem było niepewne i nasuwało różne wątpliwości, mogło być dzięki omawianej metodzie zupełnie ściśle ustalone. Decydującym momentem w rozwoju bronchografji było udoskonalenie techniki. Dawniej, kiedy wykonywano ją drogą operacyjną, była ona przykra dla chorego i niebezpieczna. Dziś po jej ulepszeniu i uproszczeniu stopniowo zyskuje sobie prawo obywatelstwa w nauce i klinice i można być pewnym, że nie będzie tylko przelotną efemerydą.

Kol. Paradistal: Nawiązując do przemówienia Kol. Landaua który między innemi wyliczył te przypadki, w których wykonanie bronchografji decyduje o zastosowaniu takiego lub innego zabiegu, mówca omawia taką postać kliniczną, w której wykonanie bronchografji może powstrzymać lekarza od wykonania poważnego zabiegu operacyjnego. Mowa jest o postaci chorobowej, w której stwierdza się obecność cienia trójkątnego, przylegającego do kręgosłupa. Według Chauffarda, Davica i Savy obraz ten był uważany za wskazujący na istnienie ropnego zapalenia opłucnej śródpiersia. Rist w r. 1927 wykazał zapomocą bronchografji bardzo często w tych przypadkach obecność rozstrzeni oskrzelowych, które są przyczyną zapalenia opłucnej śródpiersia, ale że najczęściej jest to zapalenie suche. Przed Ristem w omawianych przypadkach często dokonywano zabiegów operacyjnych, chcąc usunąć ropę z opłucnej, której to ropy nie znajdywano.

Mówca zwraca uwagę na to, że bronchografja umożliwia ocenę, w jakim stopniu odma sztuczna powoduje ucisk oskrzeli.

Z powikłań mówca wspomina o jodzicy, która niekiedy przybiera dość cężkie postacie.

Kol. Dobrowolski Z.: Zaznacza, że już przed 30-tu laty, chcąc bezpośrednio wpłynąć na chore płuca u suchotników, próbował wlewań rozmaitych płynów leczniczych do płuc strzykawką krtaniową swego pomysłu. Naprzód wypróbował swą metodę na żywych i zabitych psach i królikach. U psów uprzednio wykonywano tracheotomję i przez rurkę tchawicową wlewano roztwór błękitu metylenowego, następnie wykonywano sekcje. Takie wlewanie przez krtań stosował Heryng na ciałach ludzi, następnie zaś u suchotników w pierwszych i ostatnich stadjach gruźlicy płuc. Zauważyliśmy że u zwierząt i na ciałach ludzi płyn rozmieszczał się stosownie do pozycji objektu. Przeto stosowano rozmaite pozycje ciała i przekonano się, że najtrudniej płyny lecznicze dostają się do szczytów płuc. U chorych nie zauważyliśmy pogorszenia, przeciwnie w paru przypadkach notowano spadek ciepłoty o $^1/_2$ — 1 stopnia, wprawdzie krótkotrwały ale połączony ze zwiększonem odpluwaniem plwociny. Żadnych groźnych i przykrych objawów nie spostrzegaliśmy. Początkowo wlewano chorym 2 — 5 cm^3, stopniowo powiększając ilość płynu. Płyn wsysał się b. prędko i niebawem zjawiał się w moczu. Metodzie Herynga nie przyznawano znaczenia, szczególniej oponował Sokołowski, twierdząc, że może ona być b. szkodliwa dla chorych, gdyż płyn, opadając do dolnych części płuc, może powodować zachłystowe zapalenia płuc. (Streszczenie własne).

Kol. Głuziński A.: Każda metoda nabiera pewnego znaczenia praktycznego. Poważnych korzyści bronchografja jeszcze nie przyniosła. W przypadkach omówionych przez prelegentów, o rozpoznaniu mogłoby zdecydować badanie fizykalne łącznie z obserwacją. Mogą się zdarzyć i wyjątkowe przypadki w których te dwa czyniki nie wystarczą. Wlewanie do płuca nie jest rzeczą obojętną. Lekarz, wlewając jodipinę, musi naprzód już wiedzieć, które miejsce reaguje na obecność jodipiny, jak na obecność obcego ciała wogóle. Chłopiec, o którym mowa w referacie i który dobrze się czuł po bronchografji, prawdopodobnie potrzebował leczenia jodem.

Kol. Wojnarowska A.: uważa, że bronchografja winna być stosowana w przypadkach istotnych trudności rozpoznawczych Dość częste zatrucia jodipiną skłoniły szkołę niemiecką do wprowadzenia bromowych przetworów, jako mniej niebezpiecznych.

Mówcom odpowiadali prelegenci.

Klemens Gerner, sekretarz doroczny.

Radomskie Towarzystwo lekarskie.

Doroczne Sprawozdawcze Zebranie T-wa odbyte dnia 25 kwietnia 1928 r.

Przewodniczący: Dr. Neuman.

Obecnych 23 członków.

Ponownie do Zarządu T-wa zostali wybrani: Dr. Szczepaniak i Mag. Dorociński, do Komisji rewizyjnej: Dr. Idzikowski. Zarząd Twa ukonstytuował się w następującym składzie: prezes: Dr. Szczepaniak, wice-prezes: Dr. Pełczyński, sekretarz: Dr. Tochterman, skarbnik: Mag. Dorociński, bibljotekarz: Dr. L. Finkelstein, członkowie Zarządu: Dr. Dutkowski i Dr. Wł. Finkelstein, Komisja rewizyjna: Dr. Idzikowski, Dr. Fuksiewicz i Mag. Łagodziński senjor.

Two Lek. na początku roku sprawozdawczego 1927 liczyło członków rzeczywistych: 38 i członków korespondentów: 1, ubyło 2 członków rzeczywistych, przybył: 1 członek rzeczywisty, 1 — członek honorowy i 1 członek korespondent.

Z końcem roku sprawozdawczego Two liczyło członków rzeczywistych 37, członków honorowych: 1 i członków korespondentów — 2.

Zebrań Zarządu odbyło się 9, zebrań ogólnych 7.

Wygłoszono 7 następujących referatów i odczytów:

1. Dr. Kołodner: *O leczeniu zapaleń okołoodbytnicowych.*
2. Dr. Kramsztyk: *Współczesny stan nauki o środkach odżywczych.*
3. Dr. Widmański: *Klinika środków chemicznych.*
4. Dr. Fencer: *O roli błędnika w utrzymywaniu równowagi ciała i orjentacji w przestrzeni.*
5. Dr. L. Finkelstein: *Sifilimetrja a odczyn Wassermanna.*
6. Dr. Ehrlich: *Najnowsze poglądy w medycynie wewnętrznej.*
7. Dr. Szenderowicz: *Eczema w świetle najnowszych badań.*

Pokazów odbyło się 3:

1. Dr. Kleinberger: *Otitis media chronica et labirintitis serosa diffusa.*
2. Dr. Kleinberger: *Przypadek porażenia nerwu twarzowego przy przewlekłym zapaleniu ucha środkowego.*
3. Dr. Kołodner: *Krwotok jelitowy po operacji appendectomji.*

Z ważniejszych wydarzeń zanotować należy:

1. Two sprawiło portret I-go prezesa Twa Dr. Majkowskiego i portret zawieszono wsali obrad Twa.
2. Dnia 10. XII. 1927 Two obchodziło uroczyście dwudziestopięciolecie swego istnienia.

Bibljoteka Twa liczy 2049 dzieł lekarskich w 2405 tomach oraz około 600 roczników czasopism lekarskich krajowych i zagranicznych. Bibljoteka jest stale powiększana przez dary poszczególnych lekarzy. Czasopism prenumerowano 4.

Członek - Sekretarz: *Dr. Tochterman.*

Prezes: *Dr. Szczepaniak.*

SPRAWY ZAWODOWE.

Sprawozdanie

z działalności Izby Lekarskiej Lubelskiej wraz ze streszczeniem rocznego sprawozdawczego zebrania Rady Izby z 12. II. 1928 r.

Izba Lekarska Lubelska na dzień 31 grudnia 1927 roku liczyła członków 658 przy nowo zarejestrowanych w ciągu roku 110, wykreślonych z powodu różnych przyczyn 60 i zmarłych 12, przyczem na Województwo Lubelskie wypadało 311 członków, Wołyńskie — 211, Poleskie — 136.

W liczbie nowozarejestrowanych jest bardzo nieznaczny % przybywających z poza granic Rzeczypospolitej Polskiej, co świadczy o stopniowym powrocie do normalnych warunków.

W wewnętrznej swej organizacji Izba poczyniła pewne zasadnicze zmiany w Statucie Kasy Pomocy Koleżeńskiej, które umożliwiły wywieranie nacisku na niepłacących członków przez czasowe zawieszanie ich w prawach ubezpieczonego i ustaliły wypłatę zasiłku przy pełnej niezdolności do pracy jedynie w tym razie, gdy wymieniona niezdolność nastąpiła już po przyjęciu do Kasy.

W sprawach zdrowotności publicznej i szpitalnictwa Izba wielokrotnie zwracała się do Władz Komunalnych, jak również i z odnośnemi wnioskami do Naczelnej Izby Lekarskiej, bądź to w sprawach obsadzenia stanowisk lekarskich drogą konkursu, bądź w sprawach partactwa lekarskiego, bądź wreszcie w sprawach stosunków sanitarnych na terenie Izby.

W dalszym ciągu, stwierdzając na zasadzie dość licznych zgłoszeń poszczególnych kolegów, jak ważną jest sprawą zorganizowanie pośrednictwa pracy lekarskiej, Izba przystąpiła do niej przy pośrednictwie kolegów Lekarzy Powiatowych, którzy w perjodycznych odstępach dostarczają Izbie odnośny materjał ze swoich powiatów.

Równolegle Izba zapoczątkowała opracowanie mapy, dającej obraz nietylko rozsiedlenia lekarzy, ale i rozmieszczenia wszelkiego rodzaju instytucyj, jak szpitale, apteki, Kasy Chorych, przychodnie, Oddziały Czerwonego Krzyża, organizacje lekarskie itp.

Na żądanie Naczelnej Izby Lekarskiej Izba wypowiada się w sprawach projektowanego zabezpieczenia wszystkich lekarzy na wypadek choroby, niezdolności do pracy, osiągnięcia pewnego wieku, śmierci i tp., opinjuje w sprawach projektowanego rozporządzenia o ogłoszeniach treści lekarskiej, o zwalczaniu jaglicy, przyczem rzuca myśl celowości organizowania izolowanych pracowni-warsztatów, w których jaglicznі znaleźliby pracę i zarobek. Opinjując w sprawie rozporządzenia co do ogłoszeń treści lekarskiej, wypowiada obawy, czy Izby techniczne podołałyby obowiązkom tak zresztą celowej kontroli wymienionych ogłoszeń przez Izby.

Wśród organizacji lekarskich na terenie Izby możliwie rozpowszechnia zapoczątkowaną przez Departament V. Sanitarny ideę zwalczania zbytniego stosowania specyfików zagranicznych z krzywdą dla produkcji krajowej.

W drobniejszej swej działalności Izba w poszczególnych wypadkach potwierdza zeznania lekarzy do Urzędów Podatkowych, Urzędowi Patentowemu Rzeczypospolitej Polskiej udziela swoich opinji co do poszczególnych przetworów, kolegom wielokrotnie daje swoją opinję co do należności za czynności lekarskie, co do form wykonania praktyki lekarskiej i t. p.

Daje delegata do Komisji Pojednawczej dla Okręgu Powiatowej Kasy Chorych w Równem, czyni starania w Dyrekcji Kolei Państwowych w Radomiu co do konieczności dziennego połączenia terenu Izby Lubelskiej z miejscowościami leczniczo-klimatycznemi zachodniej Małopolski.

Izba przyłącza się do A. P. I. M. (Międzynarodowe Zawodowe Zrzeszenie lekarzy), jest reprezentowaną na zjeździe działaczy sanitarnych w Łodzi, na zjeździe lekarzy słowiańskich w Warszawie, bierze czynny udział w Komitecie Pomocy Ofiarom Powodzi w Małopolsce Wschodniej, składa 500 zł. na pomnik żołnierza sanitarnego, 300 zł. na ofiary powodzi w Małopolsce, 300 zł. na Zrzeszenie Wdów i Sierót po Lekarzach, i 50 zł. na Komitet Opieki nad więźniami.

W okresie sprawozdawczym Wydział zmuszony był kilkakrotnie z własnej inicjatywy wkraczać z racji uchybień co do niewłaściwej formy reklamy lekarskiej, co do nieodpowiedniego sporządzania świadectw lekarskich i wreszcie co do ustosunkowania się lekarza do Izby.

Na skutek skarg, jakie wpłynęły, Zarząd na zasadzie formalnej swej decyzji, w 9 wypadkach zmuszony był zwrócić uwagę na jakąś niewłaściwość, w 3 wypadkach takowej się nie dopatrzył, w 4 wypadkach nie uznał się za uprawnionego do ingerowania i wreszcie w 5 wypadkach przekazał sprawę Sądowi Izby. Ta stosunkowo nieznaczna ilość (szczególniej w porównaniu z rokiem poprzednim) spraw rozpatrywanych przez Zarząd świadczy o następującej stabilizacji i organizowaniu się pracy lekarskiej przy coraz głębszem zrozumieniu zadań Izby o wiele wyższych, niż roztrząsanie częstokroć błahych skarg i sporów.

Sąd rozpatrywał w okresie sprawozdawczym wraz z zaległemi 18 spraw, z których jedną umorzono, w 3-ech wypadkach Sąd nie dopatrzył się winy, a pozostałe 14 dałyby się rozbić na następujące cztery grupy:

W 9 wypadkach zarzut niesolidarności koleżeńskiej godzącej w byt i interesy stanu lekarskiego,

w 2 wypadkach zarzut postępowania nie licującego z godnością stanu lekarskiego,

w 2 wypadkach zarzut zaniedbania obowiązku względem Izby,

w jednym wypadku nieodpowiednie zachowanie się w stosunku do chorego.

Budżet Izby na rok 1928 przy saldzie z roku 1927 10166 zł. 52 gr. i przy zaległościach 4923 zł. 25 gr., a przy uchwalonej przez Radę Izby na rok 1928 rocznej składce 25 zł. wynosi 32688 zł. 64 gr. W wymienionym budżecie Izba po raz pierwszy przeznaczyła 5000 zł. jako zapoczątkowanie inwestycyjnego funduszu własnej siedziby Izby.

Kasa Pomocy Koleżeńskiej obejmowała 584 członków, z których jednakże w dniu sprawozdawczym odpadało 62 jako czasowo zawieszonych z racji niewypłacalności. Przewidziany statutem zasiłek był wypłacony w ogólnej sumie 53541 zł. rodzinom 12 zmarłych Kolegów i jednemu Koledze z racji pełnej Jego niezdolności do pracy, wobec czego przeciętna suma zasiłku wynosiła 4118 zł. Saldo Kasy Pomocy Koleżeńskiej na dzień sprawozdawczy wynosiło 25135 zł. 61 gr. plus nieściągnięte zaległości 5820 zł. W bieżącym roku Rada Izby zapoczątkowując rozszerzenie działalności Kasy przeznaczyła kapitał 4000 zł. na pożyczki zwrotne bezprocentowe dla potrzebujących członków i 1000 zł. na pomoce bezzwrotne. W myśl hasła pomocy rodzinom po zmarłych lekarzach Rada uchwaliła opodatkowanie Izby na rzecz Zrzeszenia Wdów i Sierót po zmarłych lekarzach w wysokości 1 złotego rocznie od członka.

Zarząd Izby Lekarskiej Lubelskiej.

NEKROLOGJA.

Ś. p. WŁADYSŁAW JANOWSKI
1866—1928.

Dnia 11 kwietnia b. r. po krótkich, a nader ciężkich zmaganiach się z chorobą zeszedł z tego świata dr. Władysław Janowski, uczony miary niepospolitej, znany nietylko w Polsce, lecz i zagranicą. Historja wypowie w swoim czasie swój sąd bezstronny i ważki o wartości Zmarłego, jako uczonego, pedagoga i obywatela. Godzi się jednak już dziś nad świeżą jeszcze mogiłą poświęcić Mu chociażby krótkie wspomnienie.

Dr. Władysław Maksymiljan Janowski urodził się w Warszawie 31 października 1866 r., gimnazjum ukończył w Warszawie w r. 1885, Wydział Lekarski w Uniw. Warszawskim w r. 1890 ze stopniem lekarza cum eximia laude. W r. 1891 otrzymał w Uniw. Warszawskim dyplom na lekarza powiatowego, a w r. 1893 po obronie rozprawy p. t.: „O marskości żółtaczkowej wątroby" stopień doktora medycyny. Od r. 1887 do 1897 pracował w Instytucie anatomji patologicznej prof. Brodowskiego nad anatomją patologiczną i bakterjologją, od 1890 do 1897 był asystentem szpitalnym oddziału chorób wewnętrznych dra med. Dunina w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie, od 1893 do 1897 bakterjologiem miasta Warszawy. W r. 1895 został mianowany na pół roku zarządzającym czasowym oddziałem błoniczym w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie, w 1896 został lekarzem miejscowym szpitala Dzieciątka Jezus, w r. 1897 na drodze konkursu został mianowany ordynatorem oddziału chorób wewnętrznych w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie, na którem to stanowisku pozostawał aż do śmierci. W r. 1903 habilitował się na docenta chorób wewnętrznych w Akademji Wojskowo-Medycznej w Petersburgu, w r. 1922 uzyskał przeniesienie veniae legendi do Uniw. Warszawskiego.

Dr. Janowski ogłosił 100 prac, w tem 73 na stanowisku ordynatora szpitala Dzieciątka Jezus. Większość tych prac została ogłoszoną również w językach obcych, mianowicie: 44 po niemiecku, 21 po francusku, 24 po rosyjsku, 6 po włosku, 4 po hiszpańsku i 1 po angielsku. Prace te zostały ogłoszone bądźto in extenso, bądź w skróceniu, bądźto wreszcie z uzupełnieniami pod względem materjału faktycznego, odpowiednio do czasu, który upłynął od czasu ich ogłoszenia po polsku. W swoich pracach dr. Janowski poruszył bardzo liczne i różnorodne zagadnienia naukowe, mianowicie: 28 jego prac dotyczy układu krążenia, 9 chorób zakaźnych, 8 dziedziny ogólnej patologji, 8 anatomji patologicznej, 7 neuropatologji, 6 dróg pokarmowych, 4 narządów oddechowych, 3 bakterjologji, 2 nerek, 9 lecznictwa wogóle itd. Na szczególne wyróżnienie z tych prac zasługują liczne prace kardjologiczne, które zdobyły drowi Janowskiemu głośne imię powagi naukowej w dziedzinie kardjologji zagranicą, oraz prace, które ujmują i oświetlają w sposób zupełnie samodzielny poszczególne zjawiska chorobowe na zasadzie spostrzeżeń i badań Oddziału Zmarłego, jak, n. p. monografje o sposobach badania serca, o wymiotach, o żółtaczce hemolitycznej i t. d.

Ponadto Zmarły współredagował w r. 1893 księgę jubileuszową prof. Brodowskiego, redagował „Przegląd piśmiennictwa polskiego z r. 1897 i 1898", a w r. 1898 i 1899 „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego", od 1900 do 1904 włącznie „Zdrowie", w r. 1901 księgę jubileuszową dr. Dunina, od r. 1925 do końca życia redagował „Polskie Archiwum medycyny wewnętrznej", które podniósł na wysoki poziom. Ponadto dr. Janowski ogłosił kilkaset streszczeń i wiadomości bieżących z różnych działów patologji ogólnej, anatomji patologicznej, medycyny wewnętrznej oraz higjeny w polskich czasopismach lekarskich oraz streszczeń z prac polskich w czasopismach niemieckich (Centralblatt für Grenzgebiete, Centralblatt für Herzkrankheiten), francuskim (Revue internationale des sciences médicales), włoskim (Riforma medica), hiszpańskim (Archives por la cardiologia y hematologia) i rosyjskim (Russkij Wracz). Wszystkie powyższe prace dr. Janowski wykonywał z ogromnym zapałem oraz z nadzwyczajną sumiennością i skrupulatnością.

Do powyższego dorobku naukowego Zmarłego należy dodać 124 prace, wykonane przez Jego uczniów pod Jego bezpośrednim kierownictwem.

Miarą uznania dla pracy naukowo-społecznej dra W. Janowskiego były odznaczenia, które Go spotkały za życia. Zmarły był członkiem honorowym Tow. Lekarskiego w Częstochowie, członkiem czynnym Tow. Lekarskiego Warszawskiego, członkiem korespondentem Tow. Przyjaciół Nauk w Poznaniu oraz Tow. Lekarskiego Wileńskiego, członkiem rzeczywistym Warszawskiego Tow. Higjenicznego, członkiem komisji bibljograficznej Akademji Umiejętności w Krakowie, członkiem założycielem Warszawskiego Tow. Naukowego oraz Alliance des médecines de la langue française, stałym członkiem Kongresu internistów francuskich oraz internistów niemieckich. W Warszawskim Tow. Naukowym piastował w r. 1908/9 godność Sekretarza Generalnego, w r. 1912 Wice-Prezesa. W temże Tow. jako Przewodniczący Komisji organizował w r. 1912 Instytut biologiczny, a w r. 1913 stał na czele Rady pracowni naukowych.

Kilkakrotnie dr. Janowski otrzymał urzędową propozycję objęcia katedry w Wyższych Uczelniach naukowych, mianowicie: w r. 1896 katedry patologji ogólnej w Uniw. Lwowskim, w r. 1897 tejże katedry w Uniw. Jagiellońskim oraz w Akademji Weterynaryjnej we Lwowie, w r. 1898 katedry patologji i bakterjologji w Uniw. Stanu Misuri w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej, w r. 1920 katedry chorób wewnętrznych w Uniw. Lwowskim, w r. 1921 ogólnej patologji w Uniw. Warszawskim. W r. 1927 został zaproszony, by wystawił kandydaturę na katedrę djagnostyki i terapji ogólnej w Uniw. Warszawskim, tego zaproszenia nie przyjął, motywując tem, że, jakkolwiek czuje się zupełnie zdrowym, nie uważa za możliwe podjęcie się nowych bardzo odpowiedzialnych obowiązków profesora i kierownika kliniki po przekroczeniu 60 lat.

Z powyższego krótkiego zestawienia widać, jak płodną i różnorodną była od samego początku działalność naukowa, dydaktyczna i społeczna dra Janowskiego, której On się oddawał z zapałem aż do ostatnich dni Swego niestrudzonego żywota, nie spoczywając, bynajmniej, na wawrzynach. Szczególnie ogromną Jego zasługą wobec nauki i społeczeństwa polskiego pozostanie na zawsze stworzenie przez Niego poważnego i ruchliwego ośrodka pracy naukowej oraz samodzielnej polskiej szkoły naukowej w okresie gdy ziemie polskie pod zaborem rosyjskim były pozbawione Wyższej Uczelni polskiej. Niemniejsze zasługi położył ś. p. Janowski i przez to, że biorąc czynny udział w naukowych Zjazdach zagranicznych, zaznaczał istnienie i żywotność nauki polskiej, pomimo ujarzmienia narodu polskiego. Te zasługi przejdą, niezawodnie do historji, zachowując imię dra Władysława Janowskiego na zawsze dla potomności.

Cześć Jego pamięci!

Prof. Dr. Witold Orlowski (Warszawa).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Na dorocznem posiedzeniu Stowarzyszenia Lekarzy Polskich w dniu 23 maja r. b. Zarząd Stowarzyszenia ukonstytuował się jak następuje: Członkowie: E. Osiński (prezes), K. Orzeł (wiceprezes), L. Nowacki (gospodarz), E. Jarociński (skarbnik), B. Rajpert (sekretarz), J. Bełkowski, St. Gębarski, A. Gruszczyński, A. Jasióbędzki, K. Jasielewicz, B. Łuczycki, W. Starkiewicz. Zastępcy: St. Antecki, W. Falencik, J. Golakowski, J. Mazurek, S. Pręczkowski, J. Żelisławski. Do Sądu Koleżeńskiego zostali wybrani na członków: T. Jasieński, W. Janczewski, K. Łazarowicz, W. Tyrchowski, A. Śmiechowski. Zastępcy: St. Gębarski, W. Kowalski, F. Meyer, F. Podkóliński, M. Ryłko, Cz. Sadkowski. Do Komisji Wyborczej zostali wybrani na członków: K. Bein, Fr. Giedroyć, St. Górkiewicz, K. Jasielewicz, J. Kijewski, E. Rapczyński, E. Tryjarski, J. Neugebauer, W. Lilpop, A. Jasiobędzki. Zastępcy: M. Grzybowski, Cz. Bujalski, A. Opalski, Cz. Otto, K. Vacqueret, St. Zembrzuski. Poza sprawozdaniem z działalności Zarządu poszczególnych Komisyj, Sądu Koleżeńskiego, Komisji Wyborczej, sprawozdania finansowego, utworzono na temże posiedzeniu sekcję balneologiczną.

Lwów.

Placówka spółdzielcza lekarska. Myśl stworzenia spółdzielni lekarskiej zawodowej dla lekarzy, która powstała wśród miejscowych lekarzy, weszła w stadjum realne. Dnia 11 b. m. ukonstytuowała się Rada nadzorcza nowej instytucji „Spółdzielni lekarskiej we Lwowie" wybierając prezesem Prof. Ostrowskiego a tegoż zastępcą Prof. Cieszyńskiego. Zgłoszenia przystąpienia przyjmuje listownie i wyjaśnienia udziela Skarbnik Izby lekarskiej, Zyblikiewicza 23.

Z kraju.

Związek szpitali samorządowych i prywatnych Województwa Śląskiego założono i powołano do życia w Katowicach dnia 12 maja b. r. Celem nowego Związku jest: a) utrzymanie ścisłego kontaktu z wszystkiemi do Związku należą-

cemi szpitalami, b) ustalać zasadnicze koszta za utrzymanie i pielęgnowanie chorych oraz wszystkie inne opłaty od pacjentów wymagane, c) omówienie i uregulowanie wszelkich ciężarów, jakie szpitale ponoszą tak pod względem administracyjnym jak i lekarskim, d) wspólna wymiana zdań i doświadczeń oraz zbieranie danych statystycznych, odnoszących się do ogólnego szpitalnictwa a w szczególności do racjonalnej gospodarki szpitalnej. Dotychczas nie było tego kontaktu pomiędzy szpitalami na Śląsku. To też nic dziwnego, że pomiędzy szpitalami panowała zbyt wielka rozpiętość tak zwanych stawek szpitalnych. Z tego powodu dość często powstawały spory i zatargi pomiędzy Związkiem Kas Chorych a szpitalami. Zadaniem nowozałożonego Związku będzie w przyszłości takie spory i zatargi łagodzić i do nich wcale nie dopuszczać. Tu Związek szpitali będzie miał wdzięczne pole do działania pominąwszy już inne ważne cele: jak racjonalna gospodarka i zaprowadzenie całego szeregu innych ważnych i doniosłych ulepszeń w dziedzinie ogólnego szpitalnictwa. Liczne i trudne zadania czekają nowy Związek. Należy jednak żywić nadzieję, iż Związek szpitali sprosta wszystkim zadaniom skoro na czele stanął prezes w osobie p. Dr. Wilimowskiego, naczelnego lekarza szpitala miejskiego w Katowicach. Sekretarzem jest p. Al. Piec z Król. Huty. Nowej organizacji: Szczęść Boże!

Ze świata.

Międzynarodowe Kursy dokształcające dla lekarzy odbędą się w Berlinie za poparciem Wydziału lekarskiego Uniwersytetu berlińskiego a staraniem Związku docentów dla wakacyjnych kursów lekarskich tudzież instytucji Kaiserin Friedrich-Haus. Część tych kursów jest stałą, część zaś odbędzie się w październiku 1928. Na kursy stałe składają się: a) kursy trwające 2—4 tygodni i b) hospitowania na klinikach, szpitalach i w pracowniach przez przeciąg 2—3 miesięcy, względnie i dłużej, przeznaczone dla tych lekarzy, którzy pragną pracować praktycznie pod systematycznym kierunkiem. Kursy w październiku obejmować będą: a) ogólny kurs poglądowy na temat „Postępu we wszystkich działach medycyny ze szczególnem uwzględnieniem chorób płucnych“ (od 1—13 października), b) kurs specjalny dla lekarzy chorób szyi, nosa i gardła (od 8—20 względnie 27 października), c) kurs dokształcający z zakresu chorób dziecięcych (15—27 października), d) kurs dokształcający z zakresu nowych metod badania i leczenia połączony z ćwiczeniami praktycznemi na salach chorych i w pracowniach Szpitala miejskiego we Friedrichshain (od 15—20 października), e) kursy specjalne ze wszystkich dziedzin medycyny połączone z ćwiczeniami praktycznemi. Wszelkich bliższych wyjaśnień udziela sekretarjat kursów: Geschäftsstelle der internationalen ärztlichen Fortbildungskurse in Berlin, Kaiserin Friedrichs-Haus, Nr. 6, Luisenplatz 2—4. Sekretarjat ten udziela także zaświadczeń na podstawie których można uzyskać zwolnienia od opłaty niemieckiej wizy paszportowej.

Ze świata.

V Międzynarodowy Zjazd Lekarski poświecony sprawom wypadków przy pracy tudzież chorobom zawodowym, odbędzie się w Budapeszcie w dniach 2—8 września r. b.

Protekterat nad Zjazdem objął regent Węgier, Mikołaj Horthy, honorowe przewodnictwo — ministrowie: pracy i opieki społecznej, handlu oraz rolnictwa.

Zgodnie z uchwałą, powziętą przez „Międzynarodowy Komitet stały“, zjazd i tym razem ma posiadać charakter ściśle naukowy, natomiast zagadnienia polityczne i zawodowe lekarskie zupełnie zostaną pominięte.

Na porządku dziennym znajdą się następujące referaty programowe, które podajemy w brzmieniu dosłownem:

I. na temat wypadków przy pracy:

A) 1. Prof. J. Liniger (Frankfurt a/M): Osteomyelitis und Trauma. — 2) Dr. F. Zollinger (Aarau): Arthritis deformans und Trauma. — 3) Prof. E. Steinmann (Bern): Ueber die neuere Behandlung der Knochenbrüche vom Standpunkte der Unfallrente. — 4) Dr. J. N. Cottolorda (Marseille): Résultats comparés du traitement des fractures de cuisse de l'adulte par l'osteosynthèse et les méthodes non sanglantes.

B) 5) Prof. Dr. Sauerbruch (Berlin): Endopleurale Erkrankungen nach Trauma des Brustkorbes. — 6) Prof. Leone Lattes (Modena): I disturbi etici da infortunio del lavoro.

C) 7) Prof. O. Crouzon (Paris): Maladies nerveuses après traumatisme.

D) 8) Prof. Dr. Stephan Jellinek (Wien): Die klinische und forensische Wertung der durch Elektrizität verursachten Gesundheitsschädigungen. — 9) Prof. Dr. M. Oppenheim (Wien): Ueber die Schädigungen der Haut durch Beruf und Arbeit. — 10) Prof Gustavo Pisenti (Udine): La prevenzione pegli infortuni agricoli dal punto di vista medico.

II. na temat chorób zawodowych:

A) 1) Sir Thomas Oliver (London): The influence of industrial poisons upon the different organs. — 2) Prof. K. B. Lehmann (Würzburg): Die Gifte und die gegenwärtige Bedeutung derselben als Krankheitsursache in der Industrie.

B) 3) Prof. Koelsch (München): Gewerbliche Berufskrankheiten. — 4) Prof. J. G. Sleeswijk (Delft): Der Einfluss der verschiedenen Staubarten auf die Entwicklung der Pneumokoniose. — 5) Prof. Jötten (Münster): Pneumokoniose und Lungentuberkulose.

Z Polski zgłosili referaty dodatkowe Dr. Horowic, Dr. Luxenburg i Dr. Nowakowski.

Wszystkim uczestnikom przyznano znaczne ulgi przejazdowe i t. d.

Ochrona lecznictwa w Rosji. W republice Sowieckiej prawo karne ściga partaczy lekarskich, na zasadzie §§ 123 i 180, które głoszą: 1) kto leczy zawodowo bez wykazania się z otrzymania wykształcenia lekarskiego (również sanitarjusze, akuszerki i t. p.) ulega karze ciężkiej pracy przymusowej do 6 miesięcy lub 500 rubli; 2) kto zapomocą środków oszukańczych rozpowszechnia zabobonne pojęcia na swoją korzyść, skazany zostaje na przymusowe roboty na czas do 1 roku lub częściową konfiskatę majątku lub karę pieniężną do 500 rubli.

Zapotrzebowanie lekarzy specjalistów. Do Ministerstwa Spraw Zagranicznych zwrócił się przed swym wyjazdem poseł afgański w Angorze Dżelani Chan, który aż do wymiany poselstw ma zastępować interesy afgańskie w Polsce, z propozycją podjęcia pierwszych kroków, celem nawiązania stosunków między Polską a Afganistanem. Dżelani podkreślił wielkie zapotrzebowanie specjalistów w Afganistanie, szczególnie lekarzy, i prosił, by ewentualnie kandydaci zwracali się piśmiennie do niego w Angorze; jest on upoważniony do zawierania kontraktów w imieniu swego rządu.

Redakcja otrzymała:

Fr. Goebel: „O kwasicy“. Nakładem Bibljoteki oficerskej szkoły sanitarnej. Warszawa 1927.

Ten sam: „La cholestérine et la reaction de Bordet-Wassermann“. Odb. z Folia clinica chimica et microscopia. Vol. II. Fasc. III.

Ten sam: „L'ostéomalacie comme acidose“. Odb. z Folia clinica, chimica et microscopica. Vol. II. Fasc. V.

Ten sam: „Dootrzewnowe działanie insuliny“. Odb. z „Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej“. Tom. V, zeszyt IV rok 1927.

Ten sam: „O zasobie zasad krwi“. Odb. z „Polsk. Arch. Med. Warsz. Tom V, zeszyt IV, rok 1927.

Fr. Goebel i H. Gnoiński: „Przemiana cholesterynowa a układ siateczkowo - śródbłonkowy. Odb. z „Medycyny doświadczalnej i społecznej“. Tom VIII, zeszyt 1—2, rok 1927.

Ci sami: „Cholesterinwechsel und reticuloendotheliales System. Odb. z „Biochemische Zeitschrift“ 185 Band, Heft 4/6. Berlin 1928 rok.

LWOWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE OBCHODZI W R. B. JUBILEUSZ PIĘĆDZIESIĘCIOLECIA swojego rozwoju. W sali Izby Handlowej i Przemysłowej przy ul. Akademickiej l. 17 odbędzie się w sobotę dnia 7 lipca o godzinie 6-tej: Uroczyste posiedzenie z porządkiem dziennym: 1. Słowo wstępne, wypowie prezes Towarzystwa dr. Witold Ziembicki. 2. Przemówienie prof. dra Romana Renckiego, prezesa Towarzystwa Lekarzy Małopolskich, z okazji 60-lecia tego Towarzystwa, będącego macierzą Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego. 3. Przemówienie przedstawicieli Władz i Delegatów. 4. Rzut oka na kronikę Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego, przedstawi sekretarz stały Towarzystwa, doc. dr. Jan Grek. 5. Wręczenie dyplomów mianowanym z okazji jubileuszu Członkom Honorowym. 6. Wykład prof. dra Włodzimierza Sieradzkiego pod tytułem: Z rozważań nad rozwojem myśli lekarskiej w ubiegłem półwieczu. II. Wspólna Wieczerza Koleżeńska, w salach restauracyjnych Hotelu Krakowskiego (bezpośrednio po posiedzeniu). Strój w czasie uroczystości wieczorowy. W poniedziałek dnia 9 lipca urządza Towarzystwo Lekarzy Małopolskich Wycieczkę do pobliskiego Morszyna, celem zwiedzenia tego zdrojowiska, będącego jego własnością.